Roux Stéphane
N° étudiant : 2099832
Inscrit en Licence 2

Résoudre des Résistances

Champs : Personnel/Interpersonnel ; Statistique
Mots Clés : Hypnose Ericksonienne, EMDR, rechute, résistance, dépression, modèle, clinique, analyse, pratique, thérapie brève

Session de Juin 2012

Groupe FPP : avec M. J.-M. Talpin
A Lyon
Université Lumière Lyon 2
Institut de Psychologie

Résoudre des Résistances

Analyse de la pratique : mise en évidence de quelques mécanismes de résistance et de rechute en thérapie brève. Construction d'un modèle clinique permettant leur résolution.

Résumé : Ce mémoire est l'occasion de faire un point dans l'évolution de ma pratique en psychothérapie. Elle a connu un changement important de méthodologie suite à une remise en question pour travailler des cas de résistance et de rechutes en dehors de toute nouvelle perturbation psychique. Une comparaison est faite entre ces deux méthodologies pour tester des hypothèses sur l'origine de ces résistances. L'étude porte sur deux échantillons aléatoires de 100 personnes, caractérisés par le nombre de séances effectuées et des indicateurs de suivis. En parallèle, j'ai élaboré un modèle clinique simplifié permettant d'expliquer, de situer et de travailler des sources importantes de résistances, potentiellement applicable à toutes les approches psychothérapeutiques ainsi que des traits de caractère.

Abstract: This report is an opportunity to make a review in the evolution of my practice of psychotherapy. There has been a significant change in my methodology following an analysis about cases of resistance and relapse (in the absence of further psychic disruption). A comparison is made between these two methodologies to assess hypothesis about resistance origins. The study uses two random samples of 100 persons, characterised by the number of sessions conducted and monitoring indicators. At the same time, I have developed a simple clinical model able to explain, locate and work upon important sources of resistance, potentially applicable to all psychotherapeutic approaches and character traits also.

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier les personnes qui m'ont aidé grâce à leur soutien, leurs réflexions, leurs suggestions.

Merci donc à Laetitia, Sylvie, Dominique, Marie-Laure, Ivan, Surderien, Castorix.

Je remercie aussi Jean-Marc Talpin de m'avoir fait prendre conscience que j'étais un peu trop exigent pour la rédaction du mémoire.

SOMMAIRE

1 Introduction 7
2 Historique personnel 9
3 Cadre et problématique 10
3.1 Cadre : techniques utilisées et hypothèses cliniques 10
3.1.1 Techniques de changement utilisées 10
3.1.1.1 L'hypnose ericksonienne 10
3.1.1.2 L'EMDR 12
3.1.1.3 Intégration de l'hypnose ericksonienne et de l'EMDR 14
3.1.1.4 Pratique clinique 2006, thérapies brèves et psychothérapie 14
3.1.2 Hypothèses cliniques générales 19
3.2 Problématique 20
4 Pratique clinique « initiale » 21
4.1 Outils cliniques développés 21
4.2 Pratique clinique 2008, dite « initiale ». 21
4.2.1.1 L'anamnèse 22
4.2.1.2 Phase de travail 24
4.3 Recueil des données : échantillon n°1 26
4.4 Analyse de la pratique 28
4.4.1 Effet des séances et suivi des personnes 28
4.4.2 Disparité forte du nombre de séances nécessaires 32
4.5 Recherche de corrélations 33
4.6 Evolution des personnes « résistantes » au fil des séances 38
5 Hypothèses et application 39
5.1 Première modélisation théorique générale 39
5.2 Analyse de la littérature 40
5.3 Considérations générales 41
5.4 Retour sur l'EMDR : apport de la thermodynamique chimique 44
5.5 Réflexions, hypothèses et modélisation 45
5.6 Investigation des ressentis éprouvés 46
5.7 Application : extension de l'anamnèse 47
6 Pratique clinique 2010 48
6.1 Description des modifications apportées à la pratique initiale 48
6.1.1 Anamnèse actualisée, fin 2009-début 2010 48

6.1.1.1 Traits de personnalité et vécu 48
6.1.2 Phase de travail actualisée 51
6.1.3 Résultat des investigations sur les affects 51
6.2 Recueil des données : échantillon 2 52
6.3 Suivi et stabilité des résultats 56
6.4 Application aux cas étudiés de personnes en rechute chronique 56
7 Analyse comparative des pratiques 60
7.1 Comparaison statistique des échantillons 1 et 2 60
7.2 Comparaison des pratiques sur leurs résultats 61
7.3 Test statistique : existe-t-il une différence statistiquement significative entre les deux pratiques cliniques ? 62
7.4 Conclusions 63
8 Modèle Clinique 64
8.1 Constatations et réflexions générales 64
8.2 Définition 64
8.3 Hypothèses de départ 64
8.4 Observations 65
8.5 Réflexions 66
8.6 Pratique clinique 2012 71
8.6.1 Rechutes 71
8.6.2 Nouveaux éléments 72
8.7 Limites et inconvénients 72
9 Conclusions 74
10 Annexe 1 : Echantillon n°1 76
11 Annexe 2 : Echantillon n°2 78
12 Bibliographie 81
13 Table des Illustrations 84

1 Introduction

Ce mémoire est avant tout l'occasion de faire un point de l'évolution de ma pratique qui a connu un changement important de méthodologie, en parallèle de l'élaboration d'un modèle clinique simplifié.

J'utilise des thérapies brèves orientées solutions, comme l'hypnose ericksonnienne et l'EMDR[1] qui peuvent permettre d'aider certaines personnes à aller mieux en quelques séances. Cette approche est très complémentaire de l'analyse de type psychanalytique et frustrante par certains aspects, notamment parce que les personnes ne comprennent pas pourquoi elles vont mieux.

Au fil du temps, en raison de ma formation scientifique, j'ai éprouvé le besoin d'avoir une observation plus précise de leur état émotionnel pour mieux me rendre compte de leur état intérieur, de leur réalité subjective et surtout, suivre leur évolution au fil des séances. Je m'étais rendu compte qu'entre ce qui était exprimé et ce qui était ressenti, il pouvait y avoir de grandes différences.

J'ai donc utilisé le principe d'une échelle de 0 à10, que j'avais connue par l'EMDR, et qui est utilisée pour une auto-évalation de l'intensité des affects négatifs éprouvés. J'ai généralisé cela comme un indicateur de mesure, simple, qui permet d'avoir accès au ressenti subjectif de la personne lors des entretiens et lié à ses états internes ainsi qu'à ses références. Ainsi, les mesures sont certes subjectives, mais relatives à la personne et à ses références internes, bien moins dépendantes de son langage et du choix de ses mots. La communication devient davantage intersubjective. On peut donc avoir des indicateurs émotionnels partiellement[2] généraux relatifs à l'état global de la personne, qui peuvent permettre de suivre son évolution.

Observant davantage et recueillant davantage de données, je me suis aperçu au fil du temps qu'une majorité de personne allait relativement bien, relativement rapidement (entre 3 et 5 séances). Cela s'observait à la réduction progressive puis à la disparition de tous les symptômes ou presque, mais aussi à l'évolution des indicateurs émotionnels généraux.

Cependant, il restait une minorité importante de personnes qui, malgré bien plus de séances, voyaient leur état s'améliorer lentement ou commençaient à aller bien sans pour autant voir leur symptôme décroitre. Il est clair que certains abandonnaient quand les améliorations attendues tardaient à apparaître (pour certains, il fallait qu'il y ait des améliorations dès la première séance). Pour ceux qui poursuivaient malgré la lenteur de la

[1] Eyes Movement Desensitization and Reprocessing

[2] Ces indicateurs généraux n'offrent qu'une vue partielle : la conscience ne peut se focaliser essentiellement que sur quelques aspects et donc la question, comme la réponse, ne peuvent refléter complètement l'état interne détaillé de la personne.

progression, cela s'améliorait jusqu'à aller presque bien, pour se dégrader ensuite au fil des semaines ou des mois et je les revoyais alors en thérapie. En reposant les mêmes questions, je constatais que leurs indicateurs globaux avaient diminués, que leurs symptômes étaient revenus et que leurs traumatismes avaient regagné en intensité. Ils s'étaient reconstitués pratiquement à leur intensité initiale. Pour ceux qui disaient aller bien et qui avaient confiance en eux et dont le ou les symptômes ne disparaissaient pas, je n'avais pas de piste de résolution.

Je me suis donc penché sur ces cas pour essayer de déterminer les mécanismes inconscients[3] qui conduisaient à ces différences, ces résistances, qui provoquaient ces rechutes. Mon intuition me suggérait que ces mécanismes pouvaient être probablement aussi sources de résistance en thérapie pour les autres patients. Cela m'a amené à me pencher sur la relation patient/ symptôme(s), les traits de caractère de ces personnes, leurs croyances, leur vécu et donc leurs parents. Cela a abouti aussi à une liste de traits de caractère que je qualifierais de « toxiques » en raison de leur 'impact aggravant sur l'état des personnes.

Ce mémoire dresse donc d'abord un historique rapide de ma pratique clinique, de l'hypnose ericksonnienne pure des débuts, jusqu'à celle de 2008, qualifiée par la suite de « initiale » pour les besoins du présent mémoire. Il présente ensuite en détails cette pratique 2008 sur un échantillon de cent personnes, les outils et les méthodologies élaborés au cours de ma pratique. Je retrace ensuite les réflexions et les hypothèses qui m'ont amené à changer de méthodologie puis l'impact sur un nouvel échantillon de ma patientèle.

Une comparaison statistique entre ces deux méthodologies est présentée de façon à conclure sur la pertinence de ce changement méthodologique. Tout au long de ma pratique, analyser puis théoriser m'a conduit ensuite à élaborer une métaphore, modèle pragmatique simplifié, de construction psychique émotionnelle servant alors de support, de guide, à ma pratique en cabinet. J'ai ainsi compris certains mécanismes inconscients de résistance et de rechute avec leurs origines, et j'ai mis en place une nouvelle stratégie clinique actualisée permettant de les résoudre dès les premières séances.

Enfin, malgré la mise en place de cette méthodologie clinique, certaines personnes restent encore difficiles à aider. L'approche que j'utilise a aussi ses limites que je présenterai.

3 Par définition, l'inconscient est tout ce qui n'est pas conscient en hypnose ericksonienne.

2 Historique personnel

Si connaître mon histoire n'est absolument pas nécessaire pour comprendre ce mémoire, néanmoins il se peut qu'elle puisse apporter un éclairage intéressant sur ma conception des choses et sur ma pratique.

Hypnothérapeute n'est pas mon premier métier. Docteur-Ingénieur en chimie organique, j'ai d'abord exercé le métier d'ingénieur chimiste en Recherche et Développement (R&D) quelques années. J'ai trois brevets à mon actif ainsi que quelques publications scientifiques. Mais il faut savoir que depuis le début des années 90, l'emploi en chimie a décliné en France et en Europe. Le constat est encore plus prononcé en R&D. Nombreux sont ceux qui se sont reconvertis dans le domaine de l'informatique, de la qualité, de l'environnement, quelque temps après leurs études. D'autres ont choisi de partir à l'étranger ou de s'orienter vers l'enseignement. Bien souvent c'était un déchirement pour eux et c'est vraiment contraints et forcés qu'ils s'y sont résolus. Pour beaucoup, faire le deuil de cette identité professionnelle a été difficile.

Tout cela, j'en étais déjà un peu conscient à la fin de ma thèse de doctorat en chimie organique, effectuée à l'école normale supérieure de Paris V, non loin de mon école d'ingénieur, l'ESPCI[4]. Mais j'étais loin de me douter que je pourrais être concerné.

Ma passion pour la chimie datait du collège et il était évident pour moi que ma formation me permettrait d'éviter ces écueils. Je me suis ensuite aperçu que les postes de maître de conférences étaient plutôt pour les candidats locaux. Je me suis donc orienté vers la R&D dans l'industrie.

Un jour, presque par hasard, j'ai fait une séance d'hypnose ericksonienne pour essayer de me débarrasser de mes allergies alimentaires (tous produits laitiers, pomme, abricot, banane, noisette, cerise, kiwi…). Cela faisait 17 ans que je prenais des médicaments pour calmer ces problèmes d'allergie en ne parvenant toutefois qu'à les atténuer (avec le temps d'ailleurs, fort curieusement, le nombre de ces allergies augmentait). Le soir même, j'ai mangé du fromage sans que me lèvres ne gonflent, une pomme sans que mes gencives ne s'enflamment. Assez déroutant.

Toujours scientifique, j'ai alors testé divers produits auxquels j'étais jusqu'alors allergique : toujours rien, pas de problèmes, sauf une légère prise de poids les mois qui ont suivi (probablement une réaction suite à ma frustration ressentie toutes ces années). J'ai poursuivi avec une deuxième séance, un mois plus tard, pour soigner mes allergies respiratoires (poils de chat et de chien, pollens, poussières, acariens…), avec le même succès.

4 Ecole Supérieure de Physique et Chimie Industrielle, à l'époque dirigée par P.-G. de Gennes.

J'ai discuté de tout cela avec l'hypnothérapeute qui m'avait aidé. Il avait une formation de pâtissier et terminait tout juste sa formation en hypnose. Cette reconversion rapide m'avait interpellé et je me souviens de m'être tenu le raisonnement suivant : « si on peut reprogrammer le système immunitaire aussi facilement, alors qu'il s'agit d'atteindre les cellules de notre système immunitaire, donc loin de notre esprit, alors, cela veut sans doute dire que pour tous nos problèmes émotionnels ou psychologiques, internes à notre esprit, cela pourrait être plus facile encore ! ». Rétrospectivement, le raisonnement était un peu simple car il néglige une étape cruciale, nécessaire mais non suffisante : pour aider la personne, il faut savoir quoi dire et quoi faire !

Plus tard, en 2005, constatant que j'avais du mal à vivre de ma passion qui était la chimie, j'ai envisagé de me reconvertir. J'avais gardé cette histoire en tête et ayant exploré plusieurs pistes de reconversion, j'ai choisi alors de devenir hypnothérapeute en 2006, en dépit d'une opportunité d'emploi à Bâle, en tant qu'expert en veille stratégique et technique sur les matériaux avancés. La formation d'hypnothérapeute s'est facilement et agréablement déroulée, elle m'a même permis de me débarrasser de mon eczéma quand j'ai pris conscience[5] que je me contrôlais trop moi-même, et que j'ai alors décidé de lâcher prise. Le changement d'identité fut relativement facile : j'ai gardé la passion pour la chimie, changé de moyen de gagner ma vie, en découvrant une nouvelle passion. L'installation fut facile et rapide. Très vite, j'ai mis en place mon site internet, les premiers patients sont arrivés et la confrontation entre la formation et la pratique a commencé, un cadre thérapeutique s'est installé, et la formation initiale en hypnose ericksonienne est apparue comme insuffisante car il manquait un modèle clinique.

3 Cadre et problématique

3.1 Cadre : techniques utilisées et hypothèses cliniques

3.1.1 Techniques de changement utilisées

3.1.1.1 L'hypnose ericksonienne

L'hypnose et surtout l'hypnose ericksonienne et ses descendantes[6] sont en fait la résultante de l'interaction de :

- un état de conscience modifié, entre veille et sommeil. C'est un état, normal, naturel, qui permet l'installation d'une certaine détente, automatiquement, mais surtout qui

[5] Pour cela, il a fallut que le formateur, Olivier Lockert, évoque le concept que le symptôme pouvait être un message destiné à être entendu, compris et pris en compte.

[6] Nouvelle hypnose, hypnose humaniste, hypnose protocolaire, hypnose profonde : chacun a voulu y apposer sa marque.

permet de se changer par le biais d'une communication conscient-inconscient plus facile, moins en paroles, en mots qu'en ressentis, en images, en concepts ou en symboles, probablement parce que nous avons vu et ressenti bien avant de former des mots... C'est un état qui ne fait que permettre de se changer. Pour se changer, il faut que l'inconscient ait le mode d'emploi approprié et adapté à la personne.

- une technique de communication qui permet à la fois :
  - d'aider la personne à glisser dans cet état progressivement (phase d'induction) ;
  - d'aider la personne à se changer, à l'aide de techniques (recadrage, métaphore, régression, ligne de temps, visualisation...) qui sont des modes d'emploi pour l'inconscient, pour faire ce qu'il devrait faire pour que la personne aille mieux, selon le thérapeute. L'inconscient de la personne adapte plus ou moins le mode d'emploi et la personne change alors plus ou moins suivant ses possibilités, ses croyances, son vécu.

Avec le temps, progressivement, confusément, on peut apprendre à se servir de tout cela pour aider les personnes à aller mieux. A l'IFHE[7], où j'ai suivi ma formation au 1er semestre 2006, on apprend des techniques, des recettes, et il est sous-entendu que tout cela peut aider une personne à aller mieux. Cependant, il n'est pas précisé comment, ni même ce qui fait qu'une personne va mal, et encore moins comment l'aider à aller bien. Le contenu de cette formation est repris par le livre du formateur, Olivier Lockert (Lockert, 2001). Cependant, il manque les exercices pratiqués en formation qui sont essentiels. Tout est axé sur un travail dans le présent, ce qui est spécialement évident lors de la présentation des régressions (Lockert, 2001, p. 359). Beaucoup de travail s'effectue sur les symptômes directement. Je ne connais pas complètement les autres formations mais une croyance forte est souvent présente: « il n'est pas nécessaire de connaître les causes pour résoudre le problème posé ». Cela semble être le credo de bon nombre d'hypnothérapeutes que j'ai croisés.

C'est cela qui m'a permis de commencer la remise en question de ma formation.

En fait, si l'inconscient de la personne savait réellement et complètement pourquoi cela va mal et ce qu'il faut faire pour que cela aille mieux, on pourrait penser que ce serait fait depuis un moment déjà et que la personne ne se trouverait alors pas devant le thérapeute… Donc affirmer, en formation ou encore dans des ouvrages, qu'il suffit de

[7] Institut Français d'Hypnose Ericksonienne

reconnecter la personne à ses ressources inconscientes ou que la solution est en elle, cela revient à affirmer, selon moi, qu'on n'a strictement aucune idée de « comment aider la personne à aller mieux » et que l'on compte sur les facultés d'auto-guérison de la personne …

Fort heureusement, il existe une technique qui active et fait appel aux facultés d'auto-guérison insoupçonnées de la personne. C'est la « métaphore du patient » ou « métaphore ouverte ». Elle est repérable dans le discours des personnes, elles utilisent des symboles, des métaphores courantes : « je suis au fond du trou », « je traîne un boulet », « je suis une éponge » (pour l'excès d'empathie). Très utile, cette métaphore suppose que l'inconscient de la personne sache pourquoi elle ressent ce mal-être et surtout quoi faire pour que cela aille mieux. Quand bien même le thérapeute aurait la chance d'avoir cette métaphore déjà construite, ce n'est pas pour autant que l'inconscient de la personne ait fait un travail exhaustif au niveau des causes, ni même qu'il/elle sache comment l'utiliser… La plupart du temps, la personne ignore que ce symbole est une représentation de son problème et qu'elle peut aller mieux en le modifiant grâce à la visualisation… Bien plus, cette représentation symbolique du problème, en lien avec ses causes, est insuffisante : souvent, elle ne prend pas en compte les résistances internes à la personne, ce qui peut la rendre complètement inefficace.

Bon nombre d'ouvrages ont été publiés, présentant des protocoles spécifiques de résolution de certains problèmes ou symptômes (Hammond & American Society of Clinical Hypnosis, 2004). Ces protocoles peuvent être plus ou moins efficaces. Ils peuvent aboutir à un résultat satisfaisant, mais en cas d'échec, il manque alors une analyse sérieuse et un support théorique pour comprendre les raisons de l'échec (Lockert, 2001 p 482 et suivantes)…

Pour bien comprendre comment tout cela s'est construit, un ouvrage récent résume bien les choses et remonte cela jusqu'à la pratique d'Erickson : « Pour Erickson, bien plus que les techniques, c'est la relation thérapeutique qui guérit : la technique est au service de la relation plutôt que l'inverse. » (Doutrelugne & Cottencin, 2008, p. 2). Or pour moi, si effectivement la technique doit être au service de quelque chose, c'est au service du patient et des résultats qu'il attend, qu'elle doit être, bien plus qu'au service de la relation ! En mettant la technique au service de la relation, on travaille alors la technique pour obtenir une meilleure relation thérapeutique mais on n'a toujours pas défini en quoi les personnes qui vont mal diffèrent de celles qui vont bien, ni en quoi la relation va être thérapeutique.

3.1.1.2 L'EMDR

L'EMDR (traduit par « Intégration par les Mouvements Oculaires ») est une technique de psychothérapie initialement utilisée pour désensibiliser les traumatismes (Shapiro, 2007 et 2002). C'est aussi deux éléments distincts :

- Un protocole très cadré (presque rigide) qui ne permet de commencer vraiment la thérapie qu'à partir de la troisième séance mais aussi une méthodologie d'investigation, d'analyse de ce qui est important ou pas, une grille de lecture et une méthodologie d'intervention. Bref, c'est une méthode de psychothérapie qui contient un modèle clinique, que je qualifierais de fragmentaire car on en limite souvent l'utilisation aux traumatismes importants (syndrome de stress post-traumatique). Or, en fin de désensibilisation, il peut rester des éléments du vécu liés à des affects négatifs bien plus importants que ce qu'il reste du traumatisme initial.
- Une stimulation alternative des deux hémisphères cérébraux, qui peut être visuelle, auditive ou kinesthésique. Cela permet un « auto-recadrage », une désensibilisation des traumatismes. En se concentrant sur un élément de son vécu, la personne peut effectuer un travail sur les affects liés à cet élément jusqu'à obtenir un changement important de perception allant jusqu'à l'indifférence.

Il existe une littérature abondante sur l'EMDR malgré son apparition récente : au 27/04/2012, il y avait 266 réponses sur PubMed, 93 sur Cairn.info, 758 sur sciencedirect.com et environ 10800 sur scholar.google.com. Bon nombre constituent des études cliniques de validation ou de réfutation ou d'argumentation. Une publication met en garde contre le manque de formation à la technique ou de conformité au protocole établi (Greenwald, 1996). De mon point de vue, si les résultats manquent de reproductibilité, c'est peut-être que quelque chose manque dans la description du cadre, dans le protocole ou dans la définition des états initiaux. C'est un problème que l'on peut retrouver en sciences dures.

L'utilisation de l'EMDR se répand mais reste cantonnée bien souvent aux traumatismes et aux éléments du vécu accompagnés d'affects négatifs importants. Un exemple typique d'application en alcoologie est donné par Joannic Masson (2005) : le vécu est traité après la septième séance d'hypnose qui est ici utilisée pour « renforcer la personne » (p. 6), puis la phase EMDR permet de retraiter les affects négatifs trop importants. La patiente s'alcoolise toujours par la suite « (…) du fait de sa vie qu'elle trouve particulièrement stressante » (p. 7) et l'EMDR n'est alors pas utilisé pour retravailler les affects-sources de ses traits de personnalité causes de son stress. Il n'y a pas plus de

travail sur sa personnalité pour l'aider à moins « se » stresser alors même que cela semble être un problème important.

Pour W.M. Berstein, l'EMDR est comme une 'psychanalyse à la volée' « Besides its therapeutic effects, EMDR is a boon to understanding a patient's defensive operations. I think of it as 'psychoanalysis on the fly'. It's diagnostic utility is illustrated in cases of Mr. K and Mr. C (chapter ten)" (Bernstein, 2011, p. 144-145). Et effectivement, son utilisation intensive m'a aidé à comprendre comment les personnes pouvaient se construire.

3.1.1.3 Intégration de l'hypnose ericksonienne et de l'EMDR

Dès les premiers jours de l'utilisation de cette stimulation alternative bilatérale, en auditif ou en kinesthésique, début 2007, j'ai été frappé par des similitudes entre les deux méthodes, ainsi que l'écrivent Y. Doutrelugne et O. Cottencin (Doutrelugne & Cottencin, 2008, p. 9). Très vite j'ai remarqué que cette stimulation pouvait grandement faciliter le travail de certaines techniques de PNL ou d'Hypnose Ericksonienne, telle que par exemple la « ligne de temps »[8].

3.1.1.4 Pratique clinique 2006, thérapies brèves et psychothérapie

Je me suis appuyé sur ces techniques enseignées lors de ma formation avec plus ou moins de succès[9]. Certaines personnes évoluaient plutôt rapidement et d'autres plutôt lentement, d'autres n'évoluaient pas sans que je comprenne pourquoi. Le chapitre sur la résistance de O. Lockert ne m'a pas éclairé, sauf la citation de Richard Bandler « Il n'y a pas de résistance, il n'y a que des thérapeutes incompétents » (2001, p. 310-314). Elle est un peu trop catégorique, car l'observation clinique m'a bien fait comprendre que si la personne n'a aucune envie de changer, quelle que soit la compétence du thérapeute, il ne se passera rien. Ce n'est pas la seule exception.

Je me suis alors rendu compte du côté simpliste de mon raisonnement antérieur. Même si les personnes ressentaient un mieux-être suite aux séances, je manquais d'éléments pour comprendre pourquoi les personnes développaient des symptômes, pourquoi elles allaient mal et avaient perdu confiance en elles-mêmes. Après les premiers mois, j'ai compris qu'il fallait les aider à prendre de la distance avec leur passé. La technique dite de la « ligne de temps » est tout de suite devenue la première chose à faire après l'anamnèse (Lockert, 2001, p. 375-379).

[8] Il s'agit d'un travail sur la représentation symbolique du temps vécu par l'inconscient de la personne.
[9] J'ai utilisé l'hypnose ericksonienne pure et humaniste pendant 6 mois.

Un collègue (Jean Michel Gurret) m'ayant conseillé d'apprendre l'EMDR, je m'y suis formé[10]. J'ai cherché à concilier par la suite les deux approches techniques tant je ressentais des similitudes, des synergies possibles. D'ailleurs cette visualisation et transformation de la « ligne de temps » est effectuée bien plus rapidement et facilement par les personnes sous l'influence d'une stimulation alternative bilatérale auditive ou kinesthésique.

Parallèlement, j'ai lu quelques livres sur l'hypnose et l'hypnothérapie tenus pour importants par beaucoup de praticiens. J'ai commencé par le livre de Corydon Hammond : « Métaphores et suggestions hypnotiques » (Hammond & American Society of Clinical Hypnosis, 2004) et je n'y ai vu qu'un épais catalogue de recettes empiriques dont une bonne partie du contexte manquait. J'en ai lu d'autres et j'ai pris conscience d'un manque commun entre eux. Ce qui manquait, c'était un modèle clinique compréhensible, qui ait du sens, expérimentalement vérifiable, et qui permette des prédictions ou des explications à la fois vis-à-vis des succès et des échecs.

J'ai donc remis en question l'enseignement et les ouvrages et j'ai éprouvé le besoin de vérifier la solidité, la véracité des écrits, des enseignements, des postulats.

Il me faut préciser que dans ma vie, tout échec, soucis, période de stress étaient assez vite relativisé, évacué[11] : je faisais spontanément, sans le savoir, une forme d'autohypnose, tous les soirs, qui me permettait de passer en revue les évènements passés ou présents, de prendre des décisions et de me lancer des suggestions vis-à-vis de tout cela ou remettre en question des choses transmises par les parents. Ce n'est qu'avec l'expérience de l'hypnose que j'ai mieux compris ce que je faisais. Je me suis toujours ainsi vite détaché de mon passé. Je n'avais ni expérience personnelle pour m'aider à comprendre ce qui arrivait aux personnes, ni connaissances suffisantes. J'ai donc observé, écouté les personnes pour émettre des hypothèses, construire des interprétations, des analyses, des modèles, émettre des prévisions, les tester.

Ce cheminement a remis en question un des éléments important de l'hypnose ericksonienne telle qu'elle est souvent enseignée : elle part du principe que toutes les ressources sont dans l'inconscient, qu'il peut tout faire, qu'il suffit d'utiliser ces ressources et surtout de travailler dans le présent.

Pour moi, cela tenait un peu du « lève-toi et marche » antique habillé sous la forme d'un « tu peux puiser des ressources en toi, pour te guérir et aller mieux ».

---

[10] En janvier 2007.

[11] Sauf l'eczéma, étant donné que je n'avais pas réalisé que je me stressais et que c'était mon caractère qu'il me fallait remettre en cause.

De mon point de vue, si l'inconscient de la personne savait ce qu'il avait à faire et comment le faire pour qu'elle aille bien, on peut supposer qu'il le ferait et qu'il ne devrait alors pas avoir de problème pour commencer....

Donc, ce principe de base, adopté par beaucoup de thérapeutes utilisant l'hypnose, me paraît porteur d'une contradiction inhérente qui me fait pour le moins douter de sa véracité.

J'aurais plutôt tendance à penser que l'inconscient peut faire beaucoup, mais qu'il n'a pas forcément un « mode d'emploi » de lui-même, ni même une « carte de sa propre structure », une connaissance de son organisation et de sa construction. Si elle était si évidente que cela, nous la connaitrions tous et il n'y aurait pas tant d'approches différentes en psychothérapie... Ma formation scientifique m'a conduit à aller jusqu'au bout du raisonnement : j'ai conclu (à tort ou à raison) qu'il n'y avait pas de réponse globale simple, commune à tous, sur les questions suivantes :

- Pourquoi une personne va-t-elle mal ?
- Comment s'élaborent les traits de caractère ? Sur quoi s'appuient-ils dans le présent, concrètement ?
- Comment se construire à partir de ce que nous vivons et notamment :
    - Comment sont sélectionnés les éléments du vécu lors de l'élaboration de la construction ?
    - Qu'est-ce qui différencie un élément du vécu, utilisé pour se construire, d'un élément non utilisé ou rejeté ?
    - Comment passer d'un élément utilisé pour se construire à un élément non-utilisé et vice-versa ?
- Comment expliquer les symptômes ?
- Pourquoi certains symptômes se maintiennent alors que la personne semble aller bien qu'elle a confiance en elle et qu'elle a montré une évolution antérieure positive importante ?
- Comment aider une personne à aller bien ?
- Quelle transformation intérieure s'opère ?

Suite à mes réflexions, en début d'exercice, je me suis aussi intéressé à la psychologie et aux différentes autres méthodes de psychothérapie. Cependant, rapidement, un certain malaise m'a envahi et j'ai eu une impression d'illogisme, d'incohérence, sans compter que certaines méthodes me frappaient par leur croyances non-scientifiques, non rationnelles, pour ne pas dire complètement absurdes ou à la limite du charlatanisme.

Cette impression s'est trouvée confortée par certaines lectures, notamment par un article d'un blog tenu par deux psychologues (Lilienfeld, 2010; « Notes from Two Scientific Psychologists: Theory, and Why It's Time Psychology Got One ».). Il m'est apparu alors qu'aucune des approches psychothérapeutiques antérieures n'avait réussi à s'imposer par manque d'une efficacité reproductible. Elles ont des postulats initiaux souvent différents et suivent des méthodes différentes. Il leur manque un socle commun et c'est probablement la raison pour laquelle les thérapeutes accumulent les formations à des techniques qui peuvent être très différentes.

Cela signifiait alors pour moi que si aucune des théories échafaudées précédemment n'avaient réussi à amener tous les éléments de réponses, alors c'est qu'elles étaient partielles et qu'une autre théorie pouvait être plus juste, plus générale et les inclure potentiellement. Cela voulait dire que je pouvais partir de ce que je connaissais déjà, approfondir et ensuite il me faudrait faire moi-même un tri dans tout cela.

J'ai donc arrêté ma lecture et cela m'a poussé plus encore à me concentrer sur l'observation clinique. Le raisonnement était qu'il me fallait plus d'expérience, d'observations par moi-même, pour pouvoir trier ensuite toute cette littérature et ces approches. Cela pouvait permettre de construire un modèle clinique cohérent. En tant que chimiste[12], j'avais appris à observer, analyser, modéliser, construire des outils d'analyse pour comprendre ce qu'il peut se passer dans un ballon réactionnel, qui peut tout à faire ressembler à une vraie boite noire par moment, où selon les conditions réactionnelles, on peut obtenir des choses relativement différentes.

Ce n'est que plus tard que j'ai pu formaliser tout cela par le raisonnement suivant :

Si tous les thérapeutes avaient les idées claires, nettes, précises et surtout exactes sur ce qui fait qu'une personne va mal et comment l'aider à aller bien, on peut penser alors qu'il n'existerait qu'une méthode et qu'elle serait efficace...

On saurait même expliquer pourquoi certains patients ont du mal à surmonter les chocs émotionnels et à aller mieux, alors que d'autres, tout au contraire, semblent très résilients, c'est-à-dire qu'ils surmontent vite les chocs.

Or, ce n'est pas le cas...

Donc, étant donnée la diversité des approches utilisées en psychothérapie, on peut conclure que certains thérapeutes sont dans l'erreur sur ce sujet, que probablement certains ont des idées plus ou moins exactes sur ce sujet, qu'il y a des avancées importantes mais que probablement trop peu ont une idée suffisamment claire, nette, précise, exacte au point qu'elle soit généralement acceptée...

[12] 'est là que j'ai réalisé que ma formation était bien plus qu'un ensemble de compétences : c'était aussi un savoir être.

Ce qui était encore plus déconcertant, c'était toutes ces querelles entre les différents thérapeutes, leurs théories et j'ai presque envie de dire « leur foi »[13]. Ce n'est pas quelque chose que j'ai observé en sciences dures. Finalement, ces querelles et beaucoup de ces théories divergentes échouent à répondre à une question pourtant extrêmement importante : « **qu'est ce qui fait qu'un souvenir sera utilisé pour se construire ou au contraire restera sans impact sur la construction psychique** ? ». Dans la recherche des causes, on s'est arrêté à trouver les éléments du vécu, sans continuer le questionnement jusqu'au bout avec notamment la question précédente.

La psychanalyse, en recherchant les causes, permet d'en prendre conscience et de se détacher du vécu via le transfert mis en œuvre dans la relation thérapeutique, tout en construisant des traits de personnalité qui peuvent à la fois être radicalement nouveaux ou qui peuvent compenser des schémas anciens. C'est une méthode complète bien qu'elle puisse quelque fois échouer pour certaines personnes.

Ce phénomène se produit également dans les relations thérapeutiques autres et dans une mesure dépendante du thérapeute, de ses techniques, de son savoir-être qui inclut justement toutes ses croyances sur ce sujet et de l'alliance thérapeutique. Au final, un thérapeute qui aura compris intuitivement tout cela et qui l'aura intégré à son savoir-être, sera un thérapeute qui pourra aider avec n'importe quel outil thérapeutique. Par contre, il ne saura pas forcément l'expliciter, ni l'expliquer, ce qui permet de comprendre que certains thérapeutes extraordinaires échouent à transmettre efficacement tout cela en formation ou à travers leurs écrits.

Un ouvrage m'a particulièrement intéressé par ses réflexions et sa compréhension amenée par l'utilisation de la théorie des ensembles et des groupes de symétrie. Dans « Changement » de P. Watzlawick (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1981), on se rend compte de la frustration, de la déception éprouvée à l'époque par lui quant à l'approche psychanalytique. Il est clairement ressenti que la psychanalyse a apporté des éléments clés, que visiblement elle permet d'obtenir des résultats mais que la progression, quant à l'efficacité, semble arrêtée sans que l'on comprenne pourquoi. Et c'est cette question du « pourquoi ? » en lien avec cette déception et cette frustration (p. 99-107) qui a provoqué une erreur de raisonnement du type même que dénonce P. Watzlawick dans son ouvrage (p106) ! Elle l'a conduit à rejeter le « pourquoi » et le travail du passé pour privilégier, suite à une généralisation abusive, le travail dans le présent, indépendamment des causes. Or si l'inconscient ne connaît pas les causes à travailler, ni le thérapeute, comment peut-on résoudre le problème posé ? Difficilement.

[13] J'ai pu aussi être trop croyant à la sortie de ma formation.

Si j'arrivais à répondre à toutes ces questions, ma pratique en serait probablement améliorée.

Suite à ces réflexions on pourrait conjecturer que l'apparition de la conscience pourrait être la réponse d'un esprit non conscient, donc « inconscient », pour faire face à sa complexité croissante, au fil de son évolution, pour mieux se comprendre, évoluer, mieux corriger ses erreurs de croissance, d'apprentissage et aussi se guérir car cela permettrait de mieux survivre.

3.1.2 Hypothèses cliniques générales

1. Tant que la personne veut changer, elle peut alors changer, à condition de savoir comment faire pour l'aider (et qu'elle ne soit pas dans l'auto-sabotage).
2. Ce sont les ressentis liés à certains évènements, périodes ou personnes qui sont la cause de l'apparition des symptômes et des blocages dans le présent. La diminution de ces ressentis, de ses affects (= « La guérison des blessures du passé ») permet la résolution des symptômes éprouvés[14] dans le présent et des blocages psychologiques. Ce n'est pas le passé en tant que tel qui est le problème, mais les ressentis dans le présent qu'une personne éprouve par rapport à son passé.
3. Une personne qui se sent bien, qui a confiance en elle, qui n'a aucun symptôme, qui n'éprouve aucune difficulté dans son présent, peut être considérée comme une personne qui va réellement complètement bien[15].
4. Si une personne se sent indifférente vis-à-vis d'un élément négatif de son passé, qu'elle n'a aucun ressenti, il est probable que cet élément n'a plus de conséquences négatives émotionnelles (y compris en terme de croyance), sauf pathologie particulière interdisant de ressentir quoique ce soit de son passé.
5. L'état d'esprit d'une personne est à tout instant une synthèse entre son état, le contexte présent et tout son vécu.

Voici un raisonnement par l'absurde qui pourrait venir étayer ces hypothèses :

- Admettons qu'il existe au moins une personne qui aurait beaucoup de ressentis négatifs par rapport à son vécu, néanmoins en bon équilibre psychique, émotionnel, et

[14] Sauf pour ceux qui sont ressentis intensément comme faisant partie de soi.
[15] Voir la partie « Anamnèse actualisée » pour tenter de mieux cerner quelqu'un qui irait complètement bien. Voir partie « Hypothèse, modélisation et application ».

qui se sentirait bien. Alors, une telle personne serait à même de résister à la pire des tortures indéfiniment, sans signe de souffrance, sans dommage mental. Cette personne n'apprendrait jamais de ses erreurs puisque les erreurs ne seraient pas dommageables. Ce serait contraire à sa survie. Ce cas hypothétique est donc impossible.

3.2 Problématique

Ce mémoire se focalise avant tout sur l'étude de certains phénomènes de résistance à la thérapie à travers la comparaison de deux pratiques cliniques différentes. Il y a :

- une pratique initiale ;
- une réflexion sur ce que pourraient être des facteurs de résistance généraux et leurs origines ;
- leur intégration dans une stratégie clinique différente ;
- une comparaison statistique permettant de tirer des conclusions ;
- une tentative de modélisation, d'explication théorique permettant de comprendre le fonctionnement de ces résistances ;
- un modèle plus général, utilisant des concepts mathématiques et thermodynamiques.

Dans toute recherche se pose la question de l'évaluation des différents résultats d'expériences, d'observations pour les classer, les confronter à des hypothèses, à des prévisions de résultats venus d'un modèle théorique et à utiliser tout cela pour affiner ce modèle théorique. Il faut donc des observations les plus fidèles possibles.

Puisque c'est la réalité intérieure des personnes qui leur pose problème ; il me fallait donc l'observer plus avant et construire des observables, quantifiables, permettant alors un suivi des personnes en s'affranchissant de leur style de communication, de façon à établir une base de comparaison intersubjective. J'ai donc dû développer des outils cliniques, des indicateurs pour m'aider dans ma pratique et dans l'observation de l'évolution des personnes. Je n'ai fait qu'étendre cette quantification déjà utilisée en EMDR.

Le nombre de séances est le premier indicateur de l'impact de la stratégie employée ainsi que l'évolution (ou pas) des symptômes, telle que rapportée par les personnes. Cet indicateur m'a toujours guidé, dès le départ de ma pratique. D'autres furent développés plus tard et utilisés lors de la pratique clinique 2008 qualifiée de « initiale ».

4 Pratique clinique « initiale »

4.1 Outils cliniques développés

La quantification subjective, relative, utilisée en EMDR, m'a donné l'idée de faire une photographie émotionnelle globale quantitative des personnes, me permettant d'avoir un suivi de leur état, de séance en séance. Pour cela, j'ai mis en place les indicateurs suivants :

- Niveau de confiance en soi globale
- Niveau de bien-être global

A l'usage, j'ai constaté que ces indicateurs étaient plutôt fiables : les personnes qui ne ressentaient strictement aucun changement sur certains points me donnaient les mêmes auto-évaluations sur toute une série de questions, que ce soit sur leur vécu ou sur leur caractère, de façon reproductible sur plusieurs séances.

4.2 Pratique clinique 2008, dite « initiale ».

A cette époque, le postulat clinique initial était double :

1. Le ou les symptômes sont causés par l'accumulation de ressentis négatifs : douleur, colère, tristesse, stress, fatigue, regret, dégoût, injustice, manque, culpabilité, dévalorisation…
    a. Donc les personnes devaient se détacher du passé.
    b. Leurs parents sont un élément à prendre en compte.
2. La désensibilisation de tous ces affects permet la résolution complète du ou des symptômes.

D'une façon générale, depuis les débuts jusqu'à aujourd'hui, ma pratique clinique est caractérisée par sa brièveté, liée à la clientèle qui est en recherche d'une solution rapide, à la limite de la « baguette magique ». Certains clients s'attendent à être endormis et à être complètement reprogrammés au bout d'une heure. Certains définissent à l'avance un budget et un nombre de séances alors que d'autres envisagent au moins une dizaine de séances, tant ils sont à l'avance persuadés que leur cas est difficile. Dans certains cas, ils viennent là pour « essayer » et s'attendent à des changements rapides en raison de l'image donnée par l'hypnose de spectacle.

La plupart des consultants ont eu mes coordonnées grâce à Internet, y compris ceux qui ont eu mon nom par recommandation.

Mes consultations d'une heure (en général) se décomposent de la façon suivante :

1. Une phase d'anamnèse, qui est plus longue à la première séance (pendant les séances suivantes, j'effectue juste un suivi des indicateurs, je note les changements ressentis, les observations faites par les personnes);
2. Une phase de travail, souvent consacrée au travail sur les ressentis liés au passé, à l'aide de diverses techniques ou outils : l'hypnose ericksonienne, l'EMDR (en audio ou en kinesthésique). A partir de la deuxième séance, cette phase-là est plus longue.

Je parlerai donc d'abord de l'anamnèse puis du travail effectué en séance et de la manière dont il est mis en œuvre.

4.2.1.1 L'anamnèse

J'indique à la personne qu'elle a le choix entre un fauteuil et un autre (tous les deux identiques, ils diffèrent par leur position). Mon choix étant dépendant du leur, bien des personnes sont embarrassées et veulent savoir quel est le mien, cette étape préalable me permet de savoir déjà s'ils ont un problème de choix ou de devoir répondre aux attentes des autres. A leur manière de réagir, je jauge aussi leur état de stress.

Je leur donne un CD audio contenant une séance d'hypnose complète de 42 minutes, enregistrée par mes soins en 2006, et permettant de prendre du recul, de faire les choses différemment, permettant aussi un travail sur soi par contact avec un « guérisseur intérieur ». Elle est désormais librement téléchargeable sur mon site internet (http://www.hypnose-mieux-etre.com/?p=1030). Cet enregistrement, bien que non personnalisé, est suffisamment efficace pour aider la plupart des personnes à se relaxer, à s'exercer, à s'endormir le soir. Certaines personnes y trouvent plusieurs niveaux de lecture, ou le vivent différemment à chaque écoute. Si à la deuxième séance la personne n'a pas écouté ce CD en me disant qu'elle n'a pas eu le temps, je la recadre en disant qu'elle n'a pas pris le temps. Ainsi je peux avoir une idée des priorités de la personne, si elle ne l'a pas fait, c'est qu'en général les autres personnes sont sa priorité et que sa santé passe après tout le reste…

Après la phase de contact initial, un choix est proposé à la personne : soit on entre dans le vif du sujet, soit je lui présente les méthodes utilisées, brièvement, pour entrer ensuite dans le vif du sujet.

Quand la personne préfère commencer par la présentation et qu'elle est manifestement stressée par la séance, la présentation est faite en utilisant de l'hypnose

conversationnelle[16] pour la mettre plus à l'aise et passer un premier message métaphorique "guérir les blessures du passé".

L'entrée dans le vif du sujet se fait avec la question "qu'est-ce que je peux faire pour vous?" qui conduit la personne à exposer ses problèmes qui sont bien souvent ses symptômes (dépression, angoisse, boulimie...).

Puis on entre dans la phase de questionnement qui sert à prendre une photographie instantanée émotionnelle de la personne. Je pose donc plusieurs questions portant sur différents indicateurs qui servent à faire un suivi.

Etat global

Il s'agit de demander à la personne de noter globalement, spontanément, sur une échelle de 0 à 10 :

- sa confiance en soi (0 = pas du tout confiance en soi; 10 très forte confiance en soi)
- son état de bien être (0 = pas bien du tout, le fond du trou; 10 nirvana)

Interprétation :

- entre 0 et 2-3 : dépression, angoisses chroniques ;
- 7-8 sur les 2 indicateurs simultanément : la personne va bien ou presque.

De temps à autre, une personne peut arriver avec des indicateurs déjà à ce niveau mais qui présente encore des symptômes, des troubles. Cela signifie soit que pour cette personne là, ce ne sont pas les bons indicateurs mais qu'on peut en trouver d'autres, soit qu'elle a une perception inexacte d'elle-même.

Par exemple :

- niveau de stress
- niveau de colère
- niveau de fatigue[17]
- niveau d'accumulation du stress des autres
- niveau de santé[17]…
- etc.

Il peut aussi arriver que la personne aille bien mais qu'un schéma hérité ou issu d'un conditionnement dans le passé soit le problème à résoudre et dans ce cas là les indicateurs globaux sont de peu d'utilité.

En dehors du fait qu'ils permettent de suivre l'évolution de l'état pour la majorité des personnes (qui peuvent aller mieux, sans y avoir spécialement prêté attention), ces

[16] C'est une forme d'hypnose non-formelle qui se pratique en conversation. On peut obtenir des états de transe légers.

[17] Cet indicateur est systématiquement inclus dans ma pratique depuis fin 2011.

indicateurs peuvent aussi servir à trouver ce qui reste à traiter dans le passé qui pose problème et qui n'est pas identifié spontanément, consciemment par la personne (technique du fil vers le passé ou pont affectif vers le passé, qui reprend le principe de la libre association en psychanalyse) ...

Traits de personnalité et vécu

Je poursuis avec d'autres questions, qui me permettent de mieux cerner la personne, pour lesquelles je demande encore une réponse sous la forme d'une note, sur une échelle de 0 à 10.

- A quel point c'est difficile de dire non ?

- A quel point c'est difficile ou important, pour vous, le jugement ou le regard des personnes ?

- A quel point la question "Qui suis-je ?" est difficile ou importante, pour vous, quand vous essayez de répondre à cette question ?

- Qu'est-ce qui vous est arrivé dans votre vie, qui a été difficile ou douloureux, ou stressant ou épuisant ou qui a suscité une forte émotion ou impression ou sensation négative ET qui le serait encore aujourd'hui quand vous y pensez ? Je prends note de toutes les émotions et sensations et impressions liées à l'élément de vécu (personne, période de temps, évènement) et de leur évaluation de leur intensité. C'est une question qui est répétée jusqu'à absence de réponse.

4.2.1.2 Phase de travail

La technique dite de la « ligne de temps » est d'abord utilisée. C'est un symbole, une représentation mentale, visuelle ou kinesthésique, du vécu, du temps subjectif de la personne. Quelle que soit la direction dans laquelle la personne situe le futur et le passé, à la fin du travail sur ce symbole, le futur sera devant elle et le passé derrière elle. Le présent est recentré, si besoin est, sur la personne ou sous elle ou sur elle. Un vécu négatif sera associé à des termes comme sombre, noir, lourd, douloureux... En fin de phase de travail, tout est censé être lumineux, clair, léger, agréable... Par contre, personne ne sait ce qu'il se passe exactement dans l'esprit de la personne ni quels sont les aspects travaillés. Le travail porte sur des faits, des évènements, des personnes, mais aussi des périodes de temps, des traits de caractère. La stimulation audio ou kinesthésique utilisé en EMDR permet d'accélérer, en le facilitant, le travail de la personne sur sa ligne de temps.

Ensuite, j'ai utilisé l'EMDR[18] en auditif (ou kinesthésique) pour travailler d'abord sur les évènements les plus émotionnellement difficiles et qui sont les moins affectifs (les moins liés à une personne), pour permettre à la personne de récupérer en confiance en soi et en bien être le plus rapidement possible (cela est d'autant plus nécessaire que les indicateurs globaux sont proches de la note de 0).

Il peut y avoir un travail sur le vécu lié aux parents et à l'enfance, mais ce travail est rarement abordé à la première séance. Ce travail est effectué si la personne mentionne beaucoup d'affects négatifs importants liés à l'enfance ou à ses parents, sinon, ce travail est mis en œuvre plutôt en fin de parcours. Le but est de l'aider à dire non, à relativiser vis-à-vis du jugement ou du regard des autres et à moins ressentir l'obligation de répondre aux attentes des autres (ce qui aide à répondre à la question « qui je suis ? »). Par expérience, certaines personnes arrivent à obtenir alors un résultat stable sur ces traits de caractère alors que d'autres n'y parviennent pas, probablement parce qu'un travail supplémentaire non-identifié doit être nécessaire.

Ensuite le travail de détachement / désensibilisation est continué sur le restant du passé. La plupart des symptômes régressent mais pas tous…

Pour les addictions (y compris alimentaires), on travaille également les ancrages, les associations, bref, les ressentis éprouvés suivants pour les diminuer :

- Le plaisir ressenti (souvent très fort) ;
- L'impression de détente, de soulagement, de relaxation, de se déstresser ;
- Les impressions marquantes personnelles (exemple : « c'est une drogue », « une habitude », « un réflexe », « un goût »).

Pour le tabac : en fin de parcours, une séance d'hypnose ericksonienne pure est faite avec une métaphore au sujet des résidus de cigarettes accumulés dans les poumons, qu'il faut alors nettoyer en expulsant «hors de vous les résidus de toutes les cigarettes que vous avez un jour fumées ».

Les personnes ressentent souvent une amélioration globale et une réduction de leurs symptômes (voir Figure 4). En général, elles poursuivent alors les séances jusqu'à disparition de ceux-ci ou jusqu'à ce que l'effort de venir, et la dépense qu'il entraîne, soient plus importants que la gêne occasionnée par ce qu'il reste de leur mal-être. Elles peuvent aussi abandonner au bout d'un nombre variable de séances si leurs symptômes ne se

18 Le protocole utilisé s'écarte nettement de ce qui est habituellement enseigné en EMDR. Dans ma pratique, je considère qu'une bonne douleur, c'est une douleur partie ! Et qu'il est risqué de la laisser perdurer plus longtemps dans le psychisme de la personne. Donc, expliquer la méthode pendant une séance entière me paraît servir davantage d'autres intérêts que ceux de la personne qui désire aller mieux et dans tous les cas, les clients, que je reçois, le vivraient plutôt mal.

réduisent pas, bien qu'elles savent, dès la première séance qu'il faut parfois trois séances pour obtenir une amélioration.

4.3 Recueil des données : échantillon n°1

Avec l'aide de Mademoiselle Laurie Martin (à l'époque stagiaire inscrite en licence de psychologie à Lyon II), nous avons sélectionné un échantillon aléatoire de 100 personnes (sélection basée sur l'initiale du nom de famille (exemple, tous les « b » puis ...) dans l'ensemble des personnes reçues entre fin 2008 et juin 2009. Le nombre de séances effectuées correspond à celles qui sont faites dans les six mois à partir de la date de la première séance.

Cet échantillon a les caractéristiques suivantes :

- Il contient 71 femmes et 29 hommes.
- La distribution suivant l'âge (Figure 1) n'est pas normale au sens mathématique du terme (ie : ce n'est pas une courbe gaussienne) et on pourrait presque distinguer 3 sous-groupes : les jeunes adultes, ceux ayant la quarantaine, ceux approchant l'âge de la retraite.
- L'âge médian de l'échantillon est de 39,5 ans (on peut utiliser aussi l'âge moyen, qui est de 38,7 car nous avons plus de 30 personnes dans l'échantillon). Cet âge médian est de 41 ans pour les hommes (âge moyen de 42 ans) et 38 ans pour les femmes (on peut utiliser aussi l'âge moyen qui est de 37,5 ans car nous avons plus de 30 personnes dans cette partie de l'échantillon). Le concept de moyenne est moins pertinent pour les hommes compte tenu de la distribution non-normale. On peut remarquer que l'âge moyen et l'âge médian sont proches quand on ne considère que les femmes ou la totalité de l'échantillon.

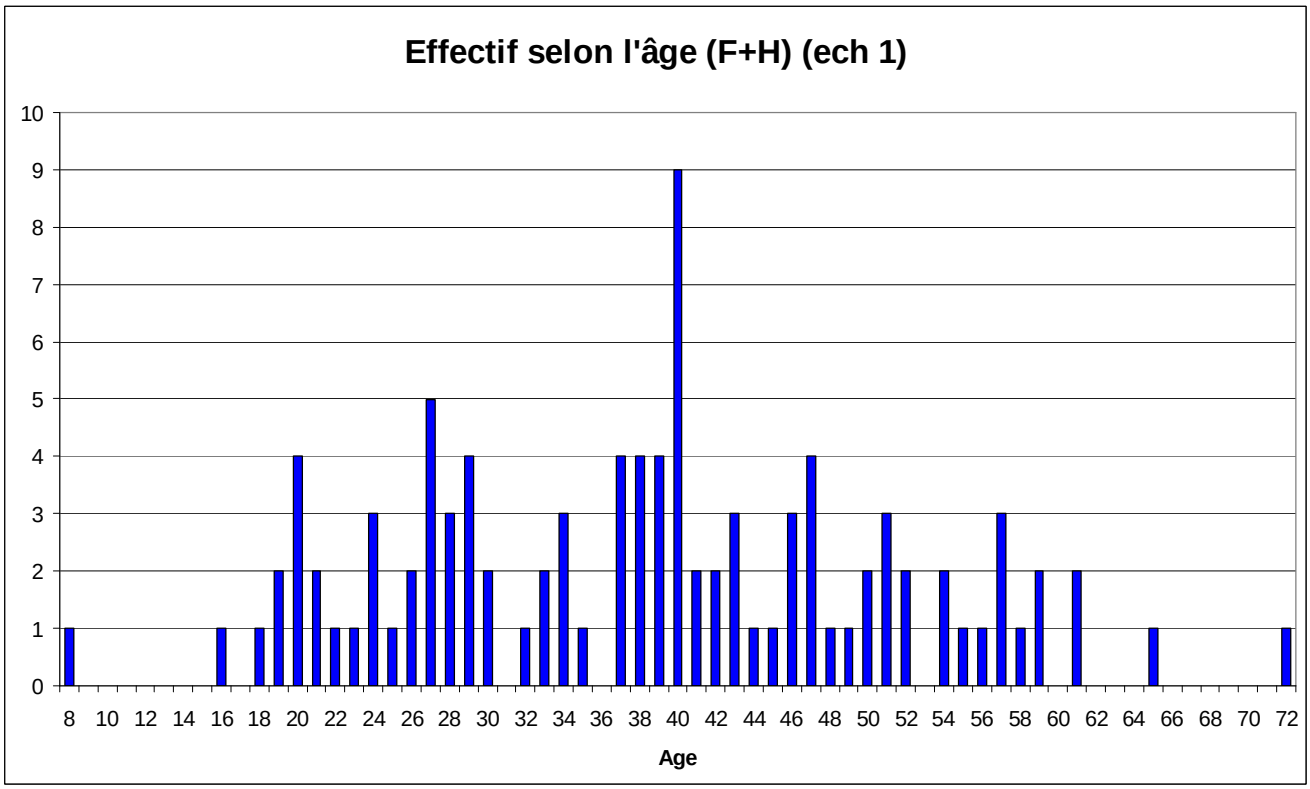

Figure 1 : Répartition selon l'âge, échantillon n°1.

On constate, qu'il n'y a pas de tendance particulière de la répartition de l'effectif suivant l'âge. La répartition de l'effectif selon l'âge et le sexe (Figure 2) ne montre pas non plus de tendance particulière.

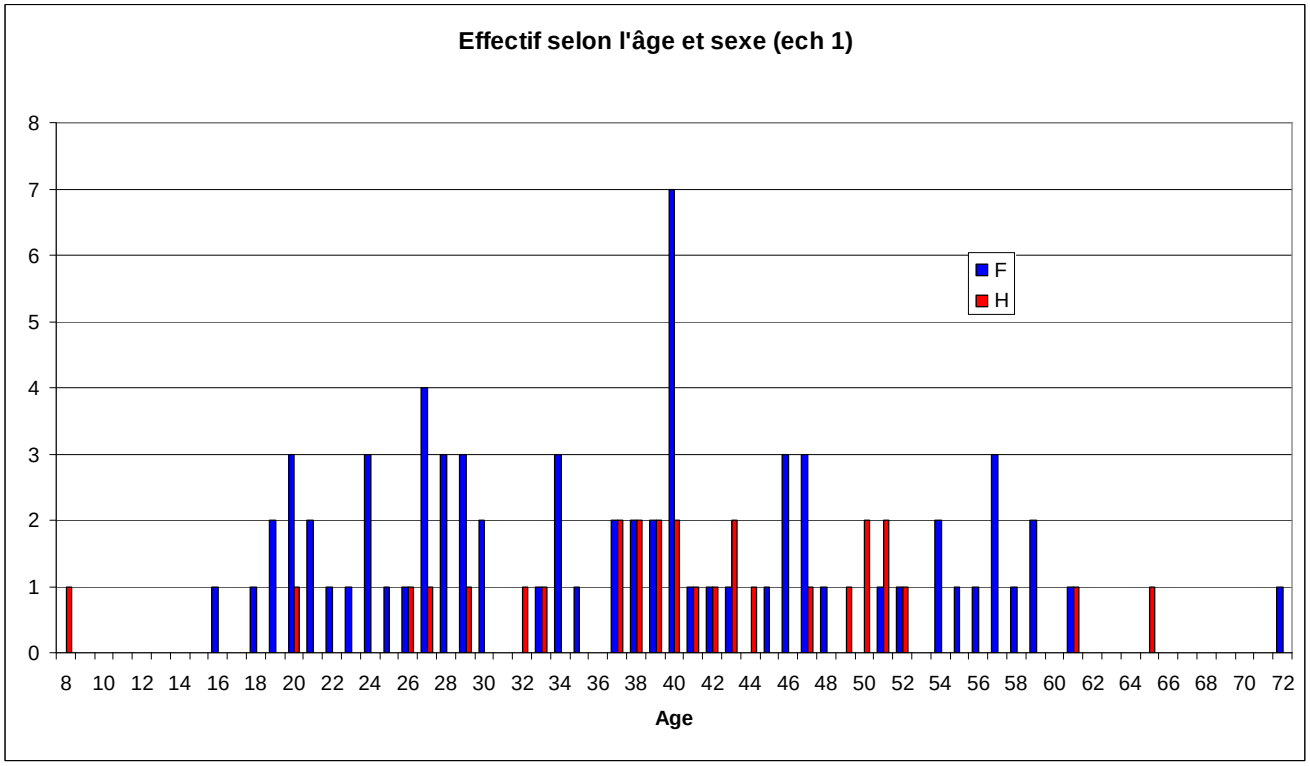

Figure 2 : Répartition selon l'âge et le sexe, échantillon n°1.

Classer en différentes catégories n'est pas chose facile car il arrive qu'une personne présente plusieurs problématiques (exemple : phobie et troubles alimentaires et angoisse). Ainsi, avec L. Martin, nous avons pris la décision de catégoriser les demandes des personnes suivant la gravité de leur problème.

- La catégorie Dépression comprend les personnes dépressives, angoissées chroniques ou ponctuelles. Si une personne avec ce symptôme là (et qui le déclare) vient pour un trouble de l'alimentation, une phobie, ou autre chose, sa demande sera dans la catégorie Dépression plutôt que TCA (troubles compulsifs alimentaires).
- La catégorie TCA et poids ne contient pas de personnes angoissées, ou dépressives mais peut contenir des personnes présentant une ou plusieurs phobies.
- La catégorie Tabac comprend uniquement des personnes comportant peu d'autres symptômes. Si, par exemple, une personne dépressive vient pour l'arrêt du tabac, il lui a bien été expliqué qu'il fallait d'abord travailler sur la dépression…
- La catégorie Divers est un fourre-tout comprenant diverses problématiques : manque de confiance en soi, anxiété, stress, insomnie, troubles sexuels, timidité, mal-être…

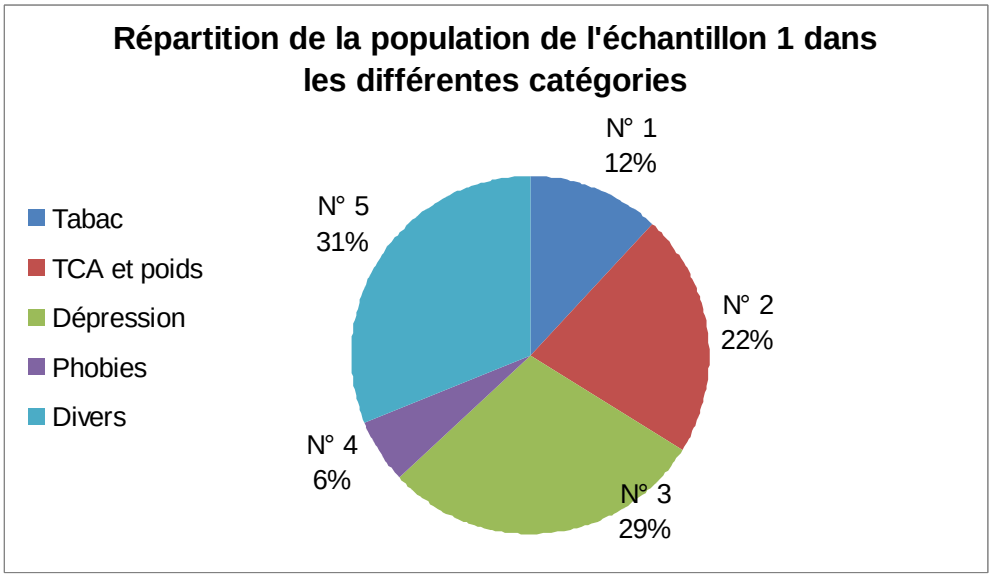

Figure 3 : Motifs de consultation.

4.4 Analyse de la pratique

4.4.1 Effet des séances et suivi des personnes

Le suivi des personnes, en dehors du cadre clinique plus de 2 ans après les avoir reçues, s'est révélé impossible. Trop peu de personnes ont répondu et pourtant d'année

en année le nombre de mes consultations augmente (1015 consultations en 2011). Il est fréquent que je reçoive plusieurs membres d'une même famille suite à la consultation d'un des membres et il est fréquent que je reçoive une personne grâce au bouche à oreille (j'ai environ 3 à 4 nouveaux clients par jour dont 45% proviennent de recommandation).

Que peut-on dire alors de l'évolution des personnes de l'échantillon n°1 ?

J'ai sélectionné les personnes ayant fait seulement deux séances pour lesquelles j'avais des données complètes au niveau des indicateurs de confiance en soi et de bien-être (soit 33 personnes). Tout effet observable n'est alors dû qu'à l'effet d'une seule séance.

Le niveau de confiance en soi et celui de bien-être sont deux vues partielles et différentes de la même personne. Au fil des séances, ces deux indicateurs évoluent, pas forcément en même temps ou dans le même sens. J'ai souhaité représenter une vue plus globale et donc représenter **l'évolution** d'un **indice combiné =** (Niveau (confiance en soi) + Niveau (bien-être))/2, davantage sensible alors à une évolution globale et moins sensible à une évolution sur un aspect partiel.

Ce qui est donc représenté c'est $\mathbf{ic}_{\text{2me séance}}$-$\mathbf{ic}_{\text{1ere séance}}$.

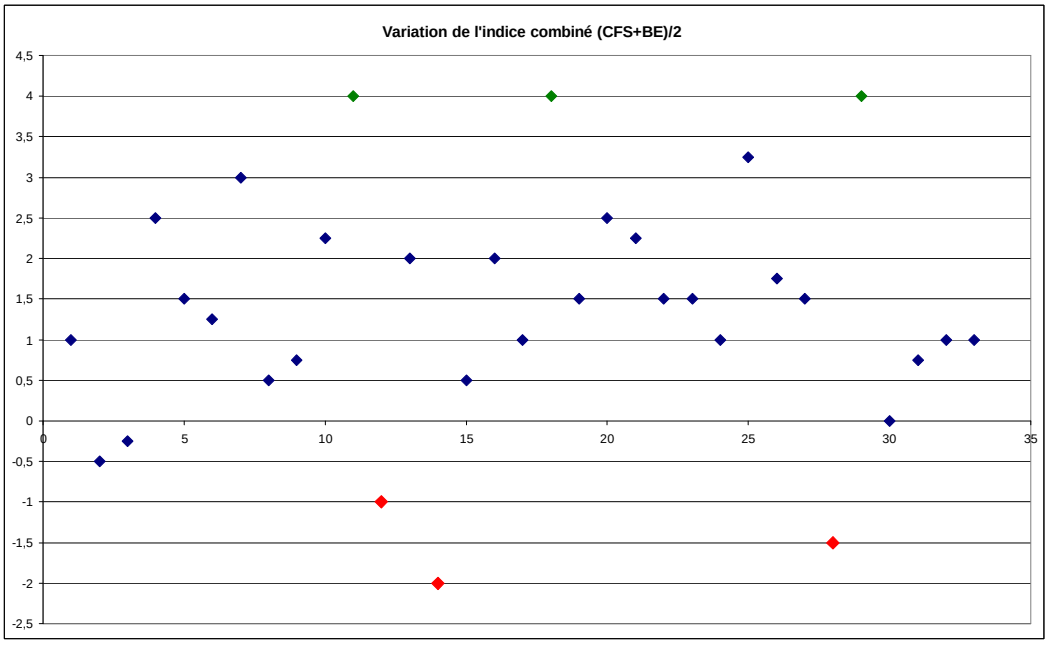

Figure 4 : Variation de l'indice combiné, après la première séance, groupe de 33 personnes.

Ainsi qu'on peut le constater, une majorité de personnes ressentent globalement une amélioration, qui peut être très importante pour 3 personnes (marqueurs verts ; +4 en indice combiné).

Certaines personnes (marqueurs rouges), par contre, ressentent une dégradation ou tout au moins les notes qu'elles donnent l'indiquent : N°41 (-1) ; N°44 (-2) ; N°87(-1,5). Je me suis replongé alors dans les notes prises à l'époque pour tenter de comprendre.

Mon analyse est la suivante :

- Personne N°41 : il s'agit d'une personne ayant initialement une très forte confiance en soi, un niveau de bien-être moyen, un coté égocentrique prononcé qu'il voulait diminuer. En début de deuxième séance, cet homme ressentait alors une nette amélioration, davantage de recul, moins le besoin de maîtriser.

	1ère séance	2ème séance
Confiance en Soi	10	6
Bien-être	5	7
Egocentrique	10	7

Tableau 1 : Evolution des « notes » de la personne N°41.

- Personne N°44 : Cette personne de 38 ans travaillait à la CAF, un mois s'est passé entre les deux séances. Elle a clairement ressenti un mieux-être important suivi d'une rechute et a vécu parallèlement une phase de harcèlement au travail.

	1ère séance	2ème séance
Confiance en Soi	2	0
Bien-être	2	0

Tableau 2 : Evolution des « notes » de la personne N°44.

- Personne N°87 : C'est une personne retraitée de 59 ans. Les deux séances sont espacées de six mois. L'arrêt du tabac a réussi à la première séance. Elle est revenue car elle ne se sentait plus aussi bien qu'à l'issue de la première séance en raison de nouveaux évènements perturbateurs (son mari est tombé malade ; des examens médicaux ont montré une artère bouchée et une petite valve à moitié bouchée ; sa petite fille est devenue diabétique et a fait un coma).

	1ère séance	2ème séance
Confiance en Soi	8	6
Bien-être	5	4

Tableau 3 : Evolution des « notes » de la personne N°87.

Comment se répartit la variation de l'indice combiné suivant l'effectif ?

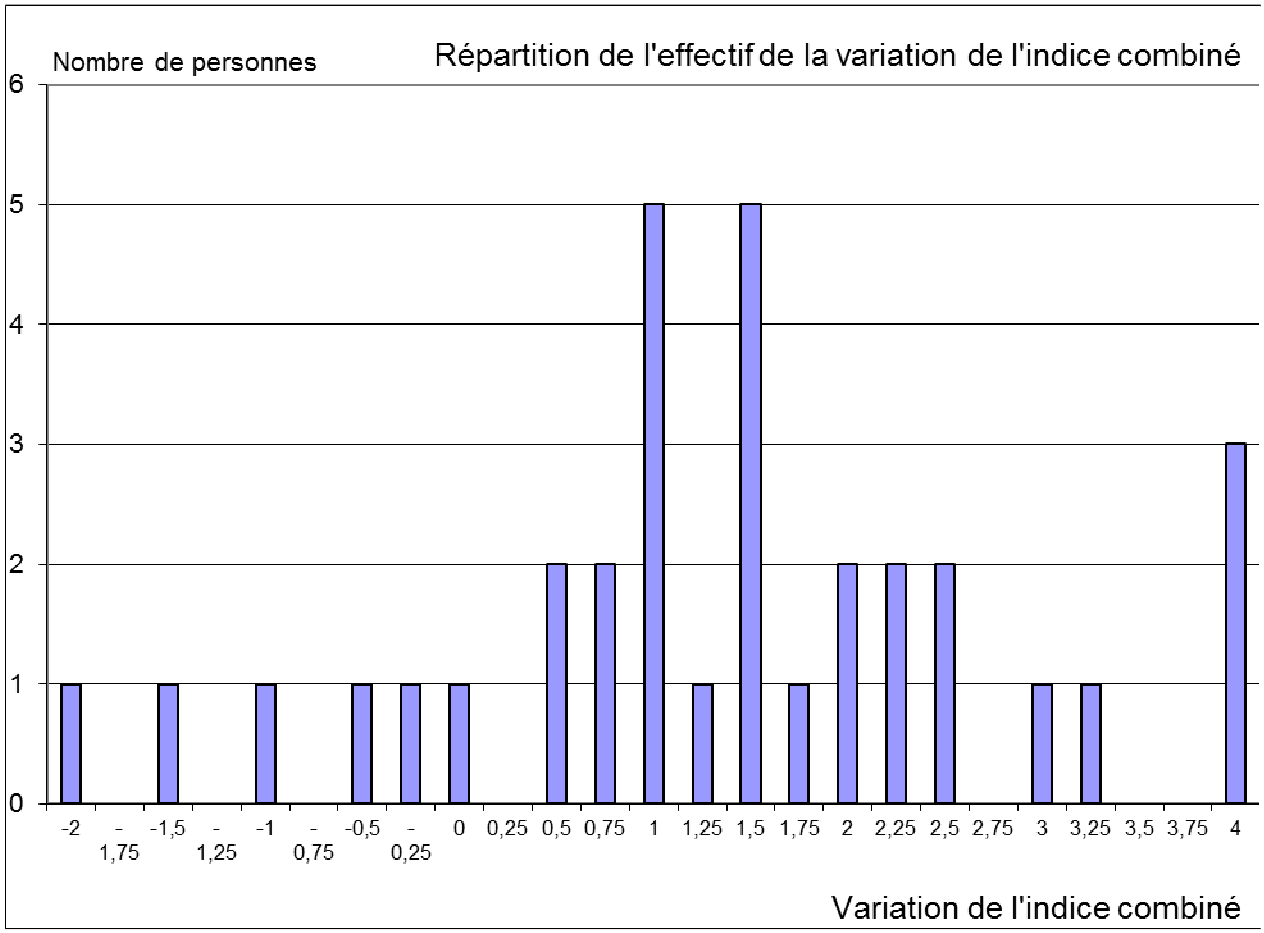

Figure 5 : Répartition de l'effectif de la variation de l'indice combiné, échantillon n°1.

Une nouvelle fois, la distribution observée ne suit pas une loi normale et la valeur médiane est de 1.

Que peut-on dire alors de l'évolution globale pour tout l'échantillon ? A mon sens il est difficile de dire autre chose que pour une partie de l'échantillon, cette méthodologie apporte un mieux-être mais que cela reste à valider avec un échantillon plus important, plus cadré, plus suivi dans le temps pendant quelques mois ou quelques années. On peut observer tout de même une nette disparité de l'effet d'une séance.

4.4.2 Disparité forte du nombre de séances nécessaires

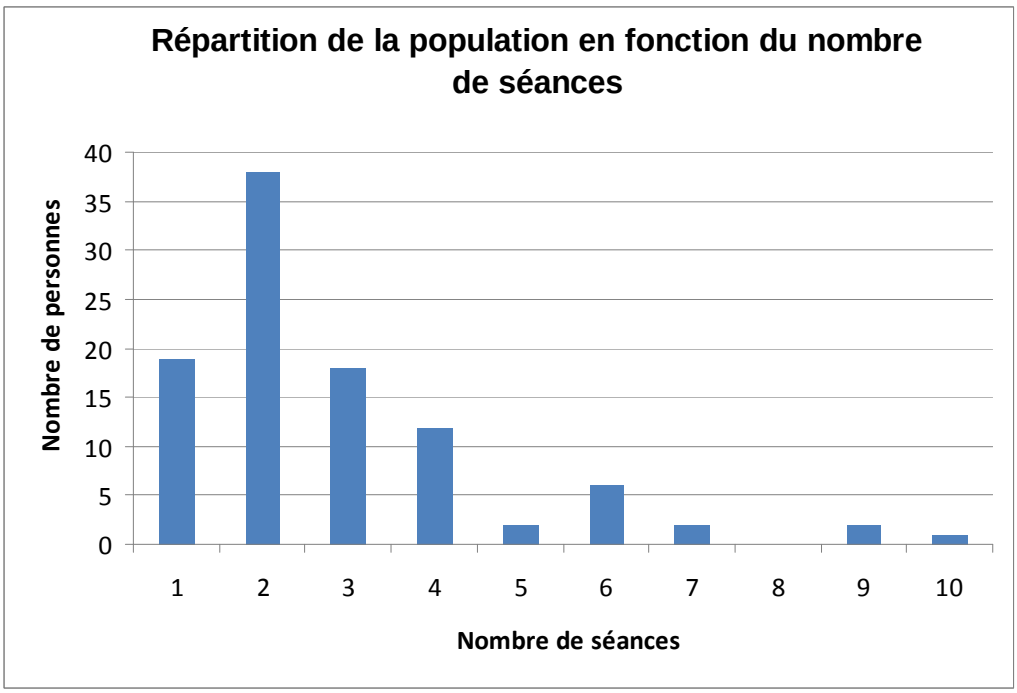

Figure 6 : Répartition de la population suivant le nombre de séances effectuées.

Si le nombre de séances effectuées avant satisfaction ou abandon est relativement variable, il n'en ressort pas moins que 75% des personnes effectuent moins de 4 séances et 87% moins de 5 séances. Cela pourrait être dû aux problématiques traitées ou à autre chose. Il faut investiguer davantage, ce qui sera présenté plus loin.

Les choses sont nettement différentes pour les personnes en catégorie « dépression - angoisse ».

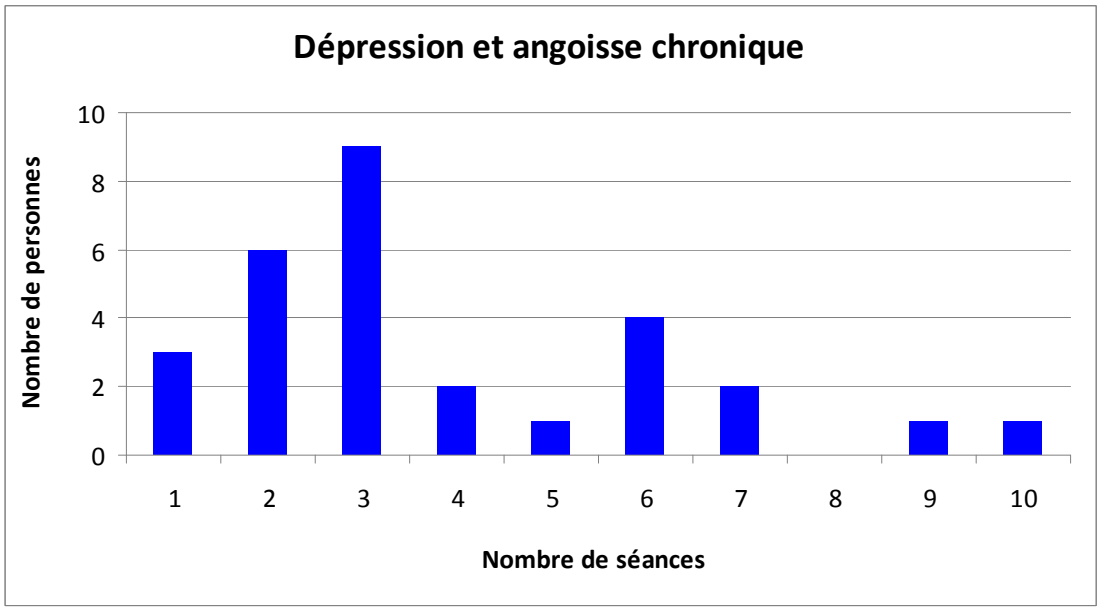

Figure 7 : Répartition des personnes venant pour dépression et/ou angoisse chronique, selon le nombre de séances effectuées.

Cette fois-ci, seulement 18 personnes sur 29 font moins de 4 séances, soit 62%, et 69% moins de 5 séances (comparé à 87% toutes catégories confondues). Serait-ce cette

catégorie qui donnerait cette disparité à la Figure 6 ? Pour le savoir nous avons soustrait ces personnes de l'effectif global.

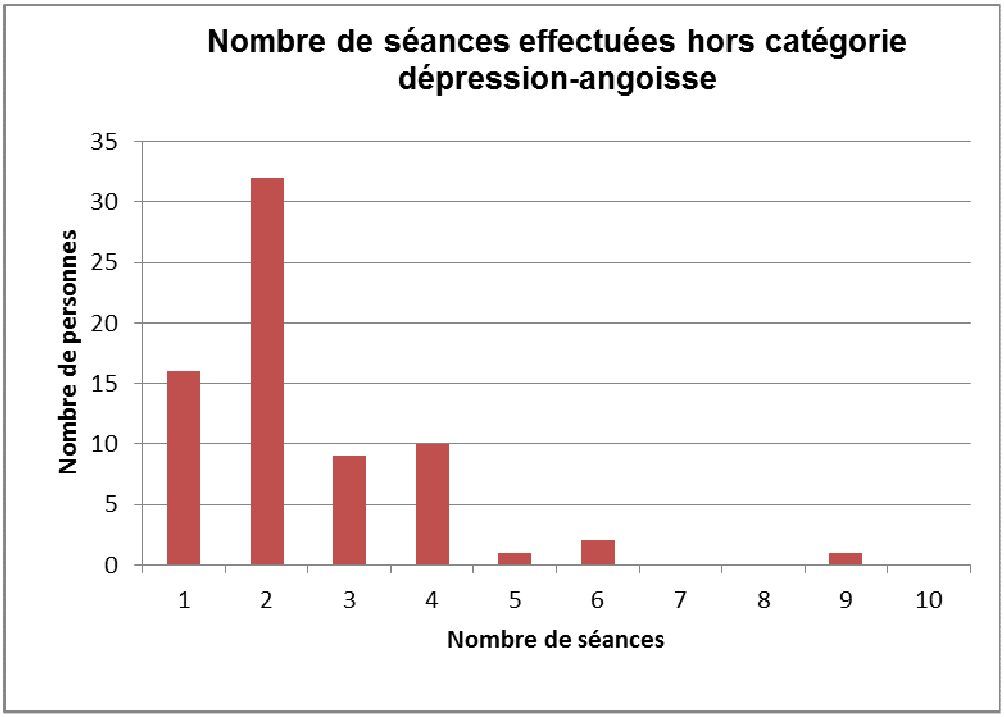

Figure 8 : Répartition de l'effectif hors catégorie "dépression-angoisse"

La répartition ne suit toujours pas une loi normale mais cette fois, 80% des personnes font moins de 4 séances et 94% moins de 5 séances. Les résistances, qui empêchent certaines personnes dépressives d'aller mieux, se trouvent donc probablement aussi en dehors des personnes de cette catégorie, probablement dans une moindre mesure.

Donc, il y a une particularité dans le psychisme de certaines personnes qui rend pour elles les changements nettement plus difficiles et qui ferait que l'évolution ne serait plus corrélée au nombre de séances.

4.5 Recherche de corrélations

J'ai étudié les cas qui se présentaient pour essayer de trouver des corrélations évidentes afin de discerner des causes probables ou d'émettre des hypothèses que je puisse tester ultérieurement. Avant d'émettre des explications, des hypothèses complexes, il est bon de vérifier que de plus simples ne conviennent pas en vertu du principe du rasoir d'Ockham (« Rasoir d'Ockham - Wikipédia »).

Quelles pourraient être les corrélations possibles ?

1. entre l'âge et le nombre de séances
2. entre le symptôme et le nombre de séances
3. entre l'état initial de la personne et le nombre de séances

4. et enfin, peut-on observer une corrélation entre les indicateurs de confiance en soi, de bien-être, pour les personnes faisant peu de séances, au fil des séances ?

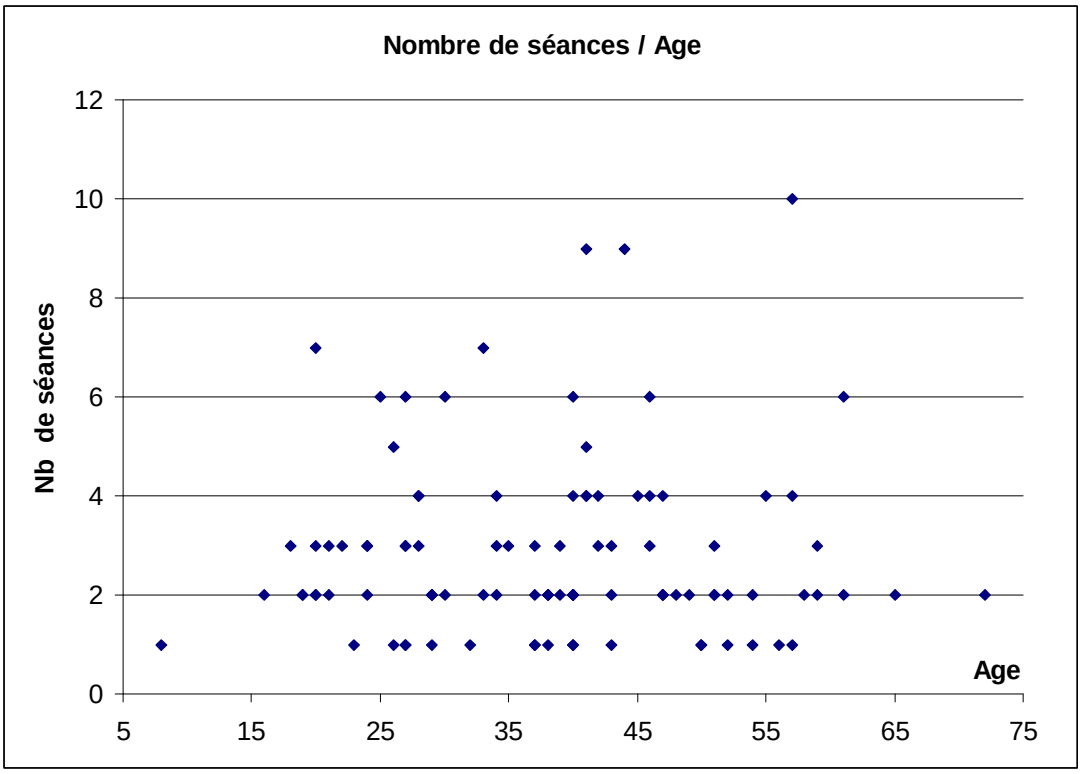

Figure 9 : Répartition du nombre de séances effectuées en fonction de l'âge, toutes catégories confondues.

S'il y a une relation ou une corrélation entre l'âge et le nombre de séances effectuées, alors elle est peu évidente et donc probablement un facteur mineur[19].

Peut-être alors est-ce dû au type de symptôme éprouvé par les personnes ? J'ai donc examiné la répartition du nombre de séances pour chaque type de problème et examiné les cas des personnes ayant fait un grand nombre de séances.

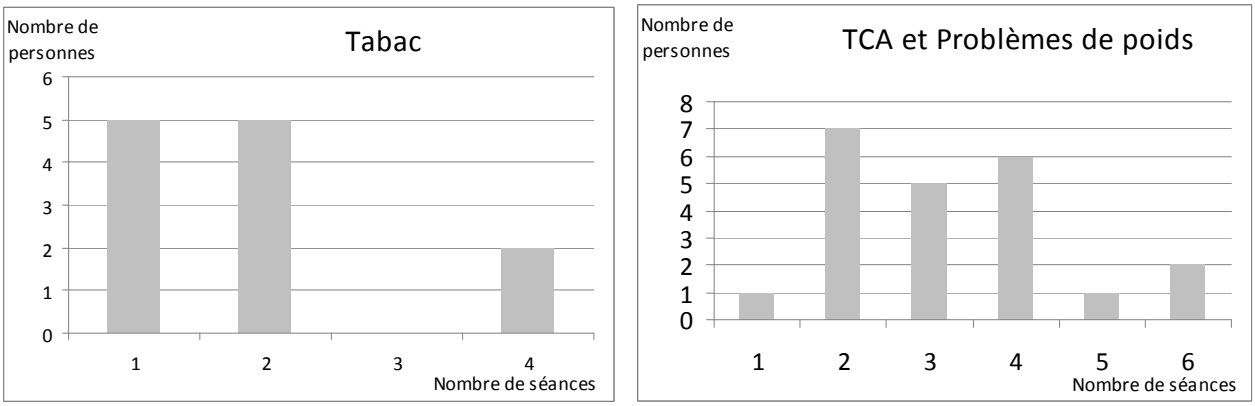

Figure 10 : Répartition du nombre de séances effectuées pour les catégories "Tabac" et TCA.

[19] Effectivement, même à l'heure actuelle, malgré tous les progrès enregistrés, il arrive que des adultes dépressifs fassent moins de séances que de jeunes adolescents allant mieux mais ayant une problématique affective complexe avec un de leurs parents.

Pour les deux personnes ayant fait 4 séances dans le cadre de l'arrêt du tabac, l'une allait relativement mal au début (confiance en soi 3/10 ; bien-être 3,5/10). Elle avait du mal à évoluer positivement et, malgré un mieux-être ressenti indéniable, a abandonné. L'autre personne (confiance en soi 6/10 ; bien-être 5/10) a mis du temps à aller mieux et a arrêté au bout de 4 séances. C'est une des rares personnes que j'ai pu recontacter avec succès. Deux ans après, elle se sent pleinement heureuse, a pleinement confiance en elle, ressent peu de stress, déclare prendre les choses avec bien plus de recul, mais fume toujours. Selon elle, c'est normal car, je la cite, « cela fait partie de moi, c'est ma nature et je n'arrive même pas à m'imaginer ne pas fumer ».

Pour les deux personnes ayant fait 5 ou 6 séances alors qu'elles venaient pour un problème de poids ou de compulsions alimentaires, l'une d'elle avait complètement confiance en elle et se sentait bien, elle a fait 6 séances tout en gardant inchangées ses les compulsions. L'autre personne se sentait évoluer trop lentement.

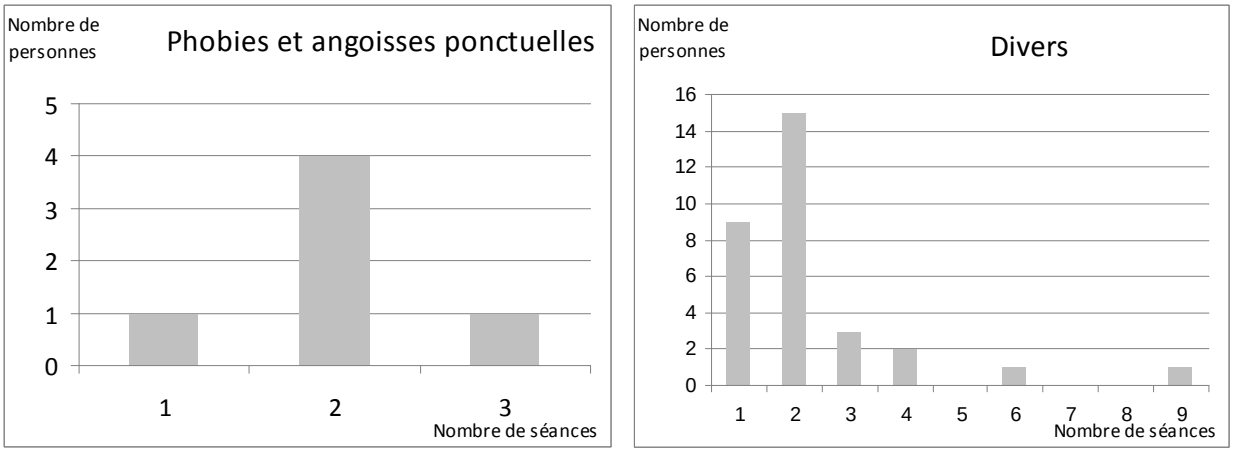

Figure 11 : Répartition du nombre de personnes en fonction du nombre de séances effectuées pour les catégories "phobies" et "divers".

Il est difficile de dire quoique ce soit pour les personnes appartenant à la catégorie « phobies et angoisses ponctuelles » car il y a trop peu de personnes pour que ce soit représentatif.

Pour la catégorie « divers », la personne ayant fait 9 séances allait plutôt mal (personne n°1 de l'échantillon ; confiance en soi 2/10 ; bien-être 4/10), cependant la relecture en 2012 des notes prises la classerait plutôt dans la catégorie « dépression » et à la relecture, on retrouve aussi une impression de résistance particulièrement présente.

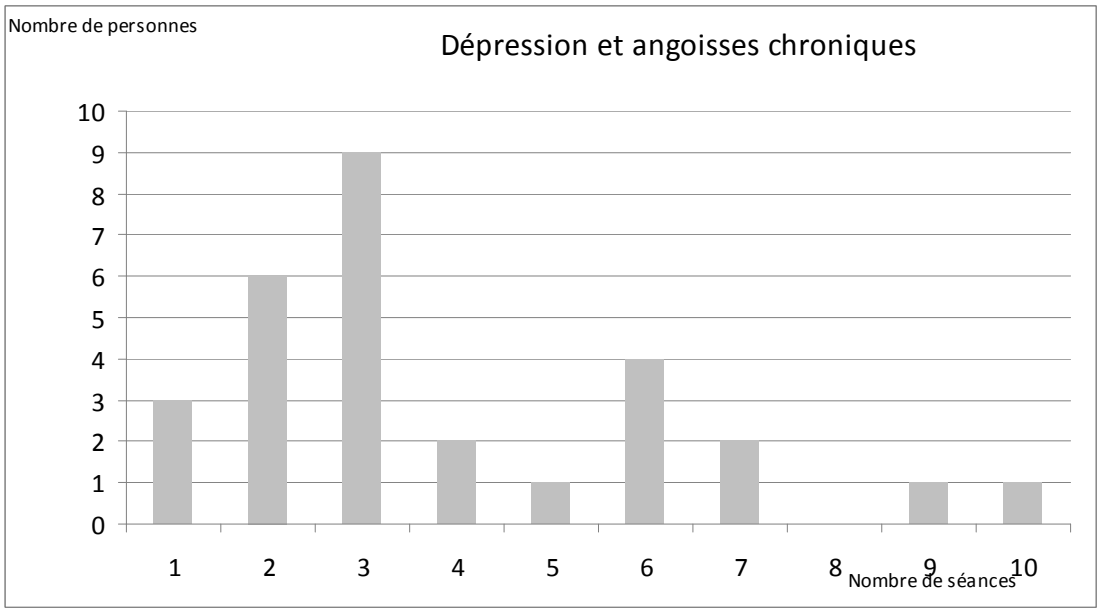

Figure 12 : Répartition du nombre de personnes en fonction du nombre de séances pour la catégorie "dépression et angoisses chroniques".

Si pour certaines personnes de cette catégorie il y a bien une évolution positive au fil des séances, ce n'est pas le cas pour toutes. Ce n'est donc pas dû à la plus grande gravité du symptôme « dépression ».

Peut-on trouver une corrélation entre les catégories de problèmes et le niveau de bien être de départ ou le nombre de séances effectuées ? Compte tenu de la déviation à la loi normale, le concept de nombre de séance moyen est à prendre avec recul.

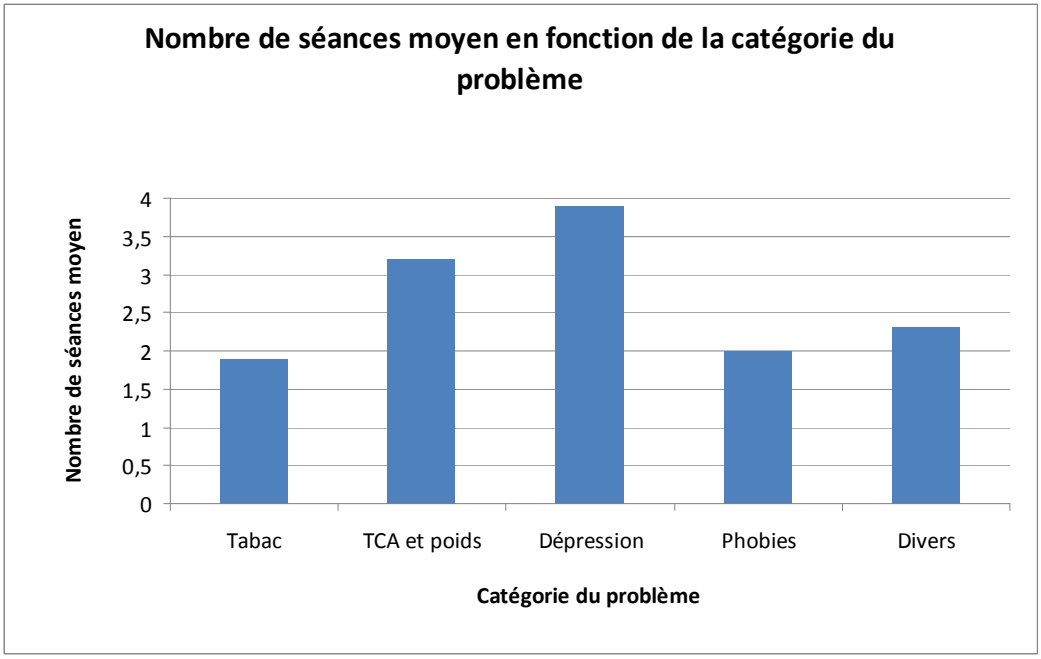

Figure 13 : Recherche de corrélation entre le nombre de séance et la catégorie de problème.

Si le nombre de séances moyen peut varier du simple au double, néanmoins, en valeur absolue, il s'agit d'une faible variation. Il faut chercher ailleurs.

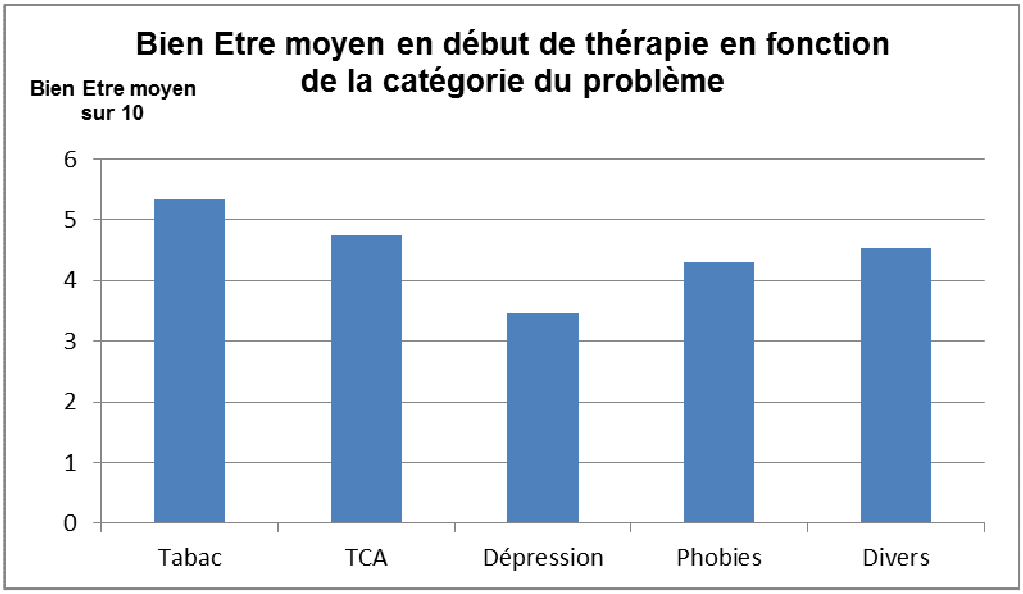

Figure 14 : Bien-être moyen initial en fonction de la catégorie du problème.

Seule la catégorie « dépression et angoisse chronique» se détache des autres en terme de bien-être initial moyen et de nombre de séance moyen. Pour l'instant, on ne peut rien déduire de cela sauf que la plupart des personnes qui consultent ne vont pas très bien et que c'est plus prononcé pour les personnes de la catégorie « dépression ». Cela n'a rien d'étonnant.

Peut-être alors que l'utilisation de nombre de séances moyen et de bien-être moyen ne permet pas de discerner de corrélations mais qu'il faudrait plutôt examiner l'effet du niveau de bien-être initial sur le nombre de séances.

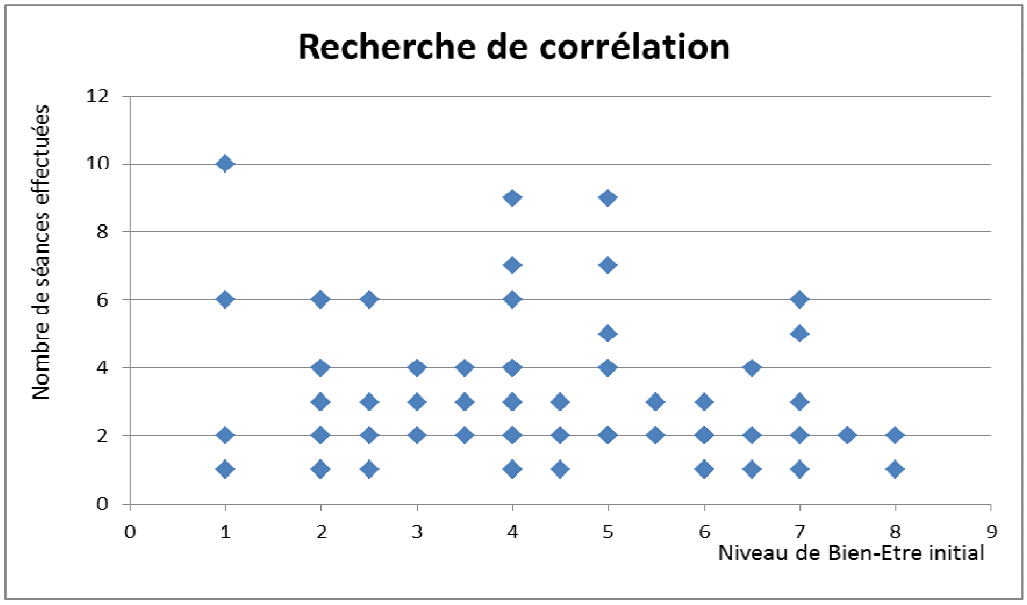

Figure 15 : Recherche de corrélation Niveau de bien-être initial et nombre de séances effectuées.

Le coefficient de corrélation entre les deux séries de données est de -0,18. Au premier ordre, on peut en déduire qu'il n'y a pas de corrélation entre le niveau de bien être

de départ et le nombre de séances. S'il y a réellement une corrélation, elle est loin d'être un facteur important et d'autres sont certainement plus influents.

Peut-être est-ce différent si on étudie la confiance en soi initiale ?

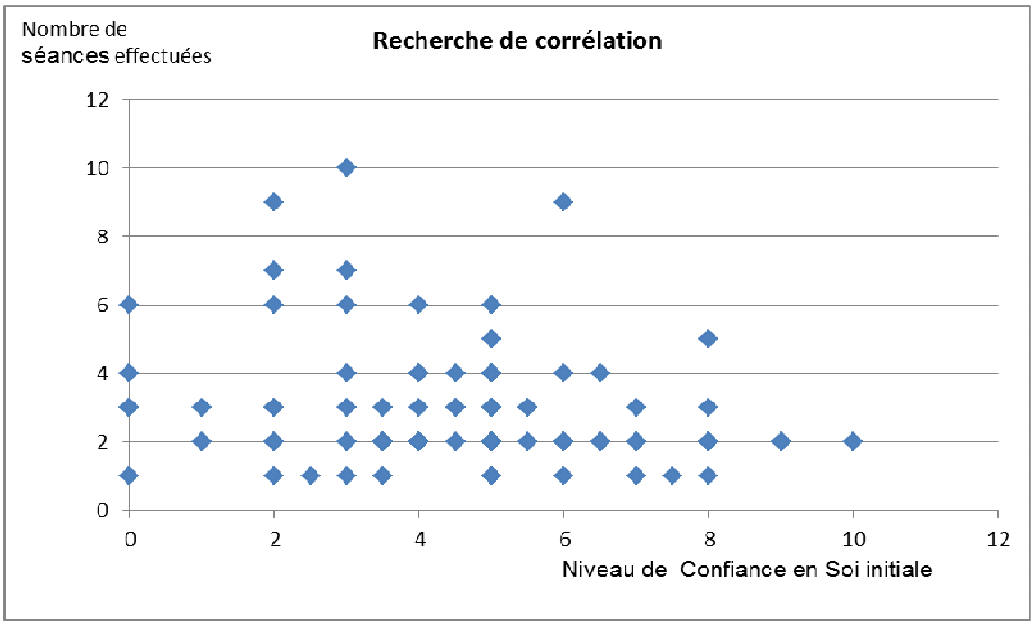

Figure 16 : Recherche de corrélation entre le nombre de séances et la confiance en soi initiale.

Le coefficient de corrélation entre les deux séries de données est de -0,19. Au premier ordre, on peut dire qu'il n'y a pas non plus de corrélation entre le niveau de confiance en soi initiale et le nombre de séances.

S'il y avait néanmoins une corrélation, alors elle serait un facteur secondaire ou d'un ordre plus élevé, ce qui veut dire que d'autres facteurs sont effectivement bien plus déterminants pour le nombre de séances effectuées que l'état initial.

4.6 Evolution des personnes « résistantes » au fil des séances

Que se passe-t-il dans le psychisme de ces 13 personnes de l'échantillon n°1, toutes catégories confondues, qui ont fait 5 séances et plus ? Les données recueillies disponibles sont présentées ci-dessous.

N°	Confiance (/10)	Bien-être (/10)	Nb de séances	Sexe	Age
1	2	4	9	M	44
2	6	5	9	M	41
16	5	7	5	F	26
23	0	1	6	F	27
46	2	4	7	F	33
49	8	5	5	M	41
62	4	4	6	F	40
65	3	5	7	F	20
66	3	2,5	6	F	46
68	2	2	6	F	61
71	5	2	6	F	25
72	3	1	10	F	57
75	5	7	6	F	30

Tableau 4 : Données des personnes ayant fait 5 séances ou plus.

10 personnes sur les 13 figurent dans la catégorie dépression/angoisse. Il y a donc clairement des éléments dans leur personnalité qui conduisent à des résistances importantes en thérapie et provoquent probablement ces rechutes.

L'âge médian de ce groupe de personnes est de 40 ans (âge moyen 37,8 ans). C'est relativement peu différent de celui de l'échantillon tout entier.

L'étude a postériori des différentes anamnèses fait apparaître à chaque fois un caractère anxieux fortement marqué et au moins un parent fortement anxieux.

A plusieurs reprises, lors des séances effectuées, un travail de désensibilisation a été conduit au niveau de l'empreinte du caractère du parent anxieux et quelques fois ce travail de désensibilisation s'est étalé sur plusieurs séances.

Certaines fois, après ce travail, la personne se met à aller spectaculairement mieux, comme si quelque chose s'était débloqué (cas des personnes N° 1, 2, 72). Une personne a même affirmé « je me sens libre maintenant » (N°72) mais, la séance suivante, elles rapportent avoir temporairement ressenti un grand soulagement puis un retour « à la normale » et n'avoir observé ou ressenti aucun changement deux semaines plus tard. Les ressentis désensibilisés au niveau de l'empreinte du caractère de leurs parents sont revenus entièrement ou presque. Quelques-unes de ces mêmes personnes ont déjà suivi diverses thérapies par le passé, sans succès, pendant plusieurs années. Seule celle qui s'est déclarée libérée n'a pas rechuté.

Hormis tout cela, aucun autre élément marquant ne permet de comprendre ce phénomène de résistance. L'hypothèse la plus vraisemblable, c'est donc qu'il manque quelque chose dans l'anamnèse, dans la stratégie, peut être un ou plusieurs traits de personnalité ou des croyances qui pourraient alors provoquer ces phénomènes.

Il se pourrait même que ce soit ces éléments-là qui favoriseraient l'apparition de ces symptômes par rapport à d'autres personnes ayant un vécu peu différent ou par rapport à une personne résiliente.

5 Hypothèses et application

5.1 Première modélisation théorique générale

L'état d'esprit d'une personne est à tout instant une synthèse entre le présent et le passé. Le présent n'est qu'une tranche infinitésimale de temps (un **dt** en mathématiques) et un ressenti, alors que le passé comprend une quantité largement plus importante de temps (**t** en années) et des ressentis. Il s'ensuit donc logiquement et mathématiquement

que la synthèse est très majoritairement résultante de l'influence de l'intégration[20] de tous les ressentis du passé sur le temps **t**.

Donc, si le passé d'une personne est fortement chargé en ressentis, en affects négatifs, alors la synthèse ne peut être que négative, la personne ne peut être heureuse et ce, même si la personne a toutes les raisons du monde de l'être.

5.2 Analyse de la littérature

J'ai trouvé peu d'éléments factuels, concrets, dans la littérature, centrés sur le sujet des résistances, leur nature, leur origine, comment les contourner ou les défaire ainsi qu'au sujet des rechutes en l'absence de tout nouvel évènement perturbateur (en cela, c'est comme en sciences exactes : on parle peu, là aussi, des choses qui échouent ou qui semblent échouer). Jean-Michel Porret (Porret, 2005) a écrit un article intéressant sur le sujet d'ailleurs. Son article, « Échecs de la cure analytique et résistances à la guérison », parle de plusieurs types de résistances ou de raisons d'échecs de la cure. Certaines raisons sont liées au cadre, à la relation analyste-analysant, d'autres semblent plus pertinentes avec ma problématique, plus facile à réconcilier avec certaines observations : haine de soi, fixation narcissique négative, culpabilité, manquements grave des parents, l'accrochage du patient aux bénéfices procurés par la maladie.

Certaines publications donnent des éclairages intéressants, ainsi le rôle aggravant de la rumination, du ressassement, du besoin de comprendre est mis en évidence (Echiverri, Jaeger, Chen, Moore, & Zoellner, 2011). Un article en croate, « Resistance in the psychotherapy of depression » semble intéressant (Trbović, 1989). Il est également fait mention de la nostalgie « normale » ou pathologique (« Psychoanalytic Electronic Publishing Web - Normal and Pathological Nostalgia »).

Une meta-analyse, sur les rechutes de dépression (« Patients who use anti-depressants are more likely to suffer relapse, researcher finds ».; Andrews, Kornstein, Halberstadt, Gardner, & Neale, 2011), donne à réfléchir. Les patients sous médication auraient 42% de chances de rechuter et ceux sans médication, 25%. L'idée émergente est que la personne changerait davantage sous l'effet de la dépression pleinement ressentie.

---

[20] Le mot intégration est pris ici au sens mathématique du terme. Rappel mathématique : « L'**intégration** est un concept fondamental en mathématiques, issu du calcul des aires et de l'analyse, et utilisé dans de nombreuses branches des mathématiques. L'intégration permet, entre autres, de calculer la surface de l'espace délimité par la représentation graphique d'une fonction. Les opérations de mesure de grandeurs (longueur d'une courbe, aire, volume, flux...) et de calcul de probabilités étant souvent soumises à des calculs d'intégrales, l'intégration est un outil scientifique fondamental. C'est la raison pour laquelle l'intégration est souvent abordée dès l'enseignement secondaire. » (« Intégration (mathématiques) - Wikipédia »).
Exemples : La distance parcourue par un véhicule est l'intégration de la vitesse de ce véhicule sur le temps **t**. La vitesse d'un véhicule à l'instant **t** est l'intégration de son accélération sur le temps **t**.

Mon impression est que la résistance est peut-être due à **une relation émotionnelle particulièrement intense qui fait lien avec le vécu** et qu'elle pourrait prendre différentes formes.

5.3 Considérations générales

Les thérapies brèves et l'analyse étant sur des échelles de temps radicalement différentes, on peut observer des phénomènes en thérapie brève qu'il est probablement impossible d'observer en analyse. Pour bien comprendre cela et surtout toutes les implications que cela entraîne, il faut faire appel à d'autres sciences : la thermodynamique, la **thermodynamique chimique**, l'automatique, l'électronique et toutes les autres branches des sciences qui étudient des phénomènes qui évoluent sous **contrôle cinétique** ou sous **contrôle thermodynamique**.

La thermodynamique est l'étude des transformations des systèmes (ensembles de corps séparés par une frontière matérielle ou non) ouverts ou fermés (selon qu'ils échangent ou non de la matière avec l'extérieur) isolés ou non (selon qu'ils échangent ou non de l'énergie avec l'extérieur) représentés par des variables d'état (intensives ou extensives). Si au départ la thermodynamique était l'étude des phénomènes mécaniques (travail, pression, volume…) couplés aux phénomènes thermiques (chaleur, température…), elle a construit des principes universels qui régissent tous les phénomènes impliquant la matière, l'énergie, l'information.

Les notions théoriques de base de la thermodynamique sont la chaleur, la température, l'énergie interne, l'enthalpie, l'entropie, la réversibilité.

La cinétique est l'étude des phénomènes en mouvement, donc par extension, de l'évolution des phénomènes dans le temps.

Le psychisme est dépendant du cerveau, les deux sont en interaction forte. Tout ce qui se passe au niveau du cerveau repose sur des échanges chimiques, les signaux électriques étant eux-mêmes liées à des déplacements de charges. Tous les échanges chimiques sont régis par la thermodynamique chimique. Ipso facto, le psychisme humain obéit donc aussi aux règles de la thermodynamique.

L'analyse, s'étalant de quelques mois à des années, peut alors être considérée comme un phénomène sous contrôle thermodynamique, c'est-à-dire que l'évolution du psychisme est lente, on la qualifie alors de « **quasi-statique** ». Le psychisme est donc considéré comme étant toujours en équilibre, au sens thermodynamique du terme. De ce fait, il est impossible d'observer des phénomènes qualifié de « hors-équilibre », ce qu'on appelle des phénomènes transitoires.

Les thérapies brèves, s'étalant sur peu de séances, intenses émotionnellement parlant, sont plutôt sous contrôle cinétique. C'est-à-dire que le psychisme peut évoluer très rapidement mais n'est pas encore à son point d'équilibre. Il est hors équilibre au sens thermodynamique du terme, ce qui veut dire qu'en dehors des séances, il évolue encore plus ou moins rapidement pour rejoindre son nouvel état d'équilibre, que l'on espère plus favorable à la personne, ce qui n'est pas toujours le cas.

Ainsi on peut déjà expliquer qu'une personne sorte d'une séance en déclarant : « je me sens complètement bien, j'ai complètement confiance en moi » et revenir deux semaines plus tard et être dans un état proche de celui qu'elle éprouvait précédemment.

Comment peut-on alors expliquer, conceptuellement parlant, un phénomène de résistance ou de rechute?

On peut justement utiliser la thermodynamique chimique pour mieux saisir ce qu'il se passe. Cela nécessite d'utiliser **l'enthalpie libre**, **G**, Δ**G** étant la différence d'enthalpie libre entre deux états distincts.

Prenons des réactifs chimiques qui vont entrer dans une réaction pour former finalement des produits (voir Figure 17). La réaction peut se produire car la différence d'enthalpie libre entre les produits et les réactifs est **<0**.

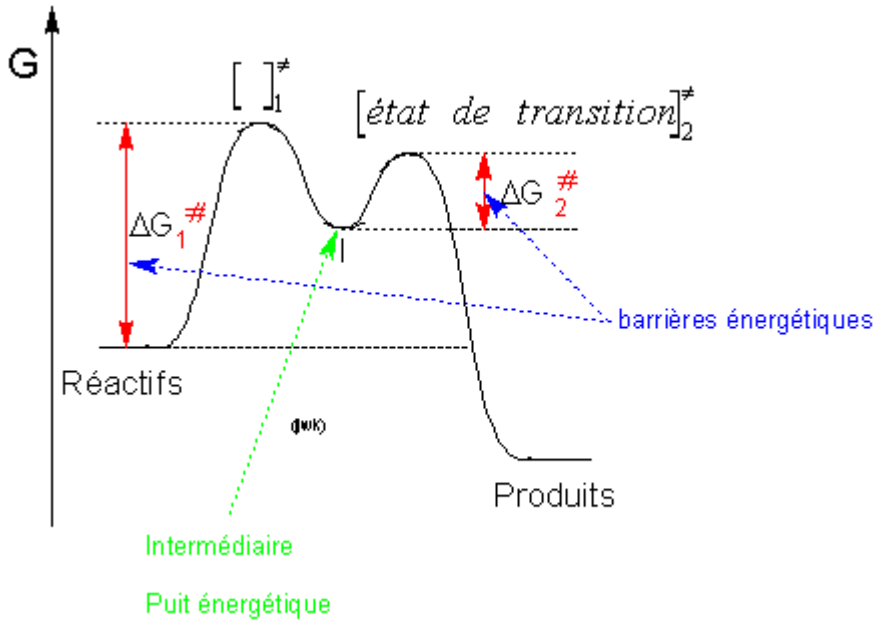

Figure 17 : Analogie entre une réaction chimique et un processus psychique évolutif.

Nous savons que les réactifs initiaux passent par un état de transition (ici, Figure 17, il y a deux états de transition) qui implique un réaménagement structural. Cette barrière énergétique peut être plus ou moins haute. La réaction peut être favorable (ΔG entre Produits et Réactifs < 0) mais si l'enthalpie libre de l'état de transition est très fortement positive, alors, la réaction deviendra très lente (la cinétique est gouvernée par le $\Delta G_1^{\#}$, qui est la différence d'enthalpie libre entre l'état de transition et les réactifs).

Sur la Figure 17, à partir de l'état de transition, l'évolution est plus favorable vers les produits que vers les réactifs car le $\Delta G_3^{\#}$ de la réaction de retour vers les réactifs initiaux est plus grand que le $\Delta G_2^{\#}$ vers les produits.

Si le $\Delta G^{\#}$ entre l'état de transition et les réactifs initiaux est faiblement positif et plus faible que celui qui correspond à la transition vers les produits, alors on comprend bien que cet état de transition est instable et que les produits, dans l'état transitoire, auront tendance à retourner dans l'état initial.

Qu'est-ce que ce détour peut apporter au niveau de la pratique ?

- L'état de transition et la barrière énergétique sont liés à un contexte précis, un environnement précis, un chemin réactionnel choisi. En chimie, quand on veut accélérer une réaction, cela veut dire que l'on cherche à optimiser le contexte, les conditions de réactions, les réactifs pour obtenir une baisse du niveau de la barrière énergétique et/ou que l'on va chercher à modifier l'état de transition, à utiliser un catalyseur (par exemple une enzyme est un catalyseur très spécialisé, permettant une réaction pouvant être des millions de fois plus rapide que la réaction directe non-catalysée). Quelques fois, la réaction directe est impossible par contre on peut très souvent la transformer en une suite de réactions bien plus faciles qui amènerait alors la transformation désirée.
- Ce qui veut dire que pour certaines personnes, si le changement direct est difficile, alors il est probable que la personne doive changer sur d'autres points que ceux directement visés par la thérapie jusqu'alors pour réussir à aller mieux ou qu'il faut s'y prendre différemment (utiliser un état de conscience modifié, changer de thérapeute, de contexte…).
- Ces considérations venues de la thermodynamique chimique impliquent que l'effet thermodynamique d'une résistance psychologique est d'augmenter la barrière énergétique et donc le coût de la transformation. Donc la thérapie va forcément remuer la personne, la fatiguer et qu'inversement quand la personne se fatigue vraiment beaucoup trop ou qu'elle est trop remuée, cela signifie qu'une résistance est à l'œuvre et qu'il faut trouver un moyen de la défaire en amenant d'autres changements d'abord.
- On pourrait penser que le thérapeute, en interagissant avec la personne, pour apporter ce qu'il faut pour passer cette barrière énergétique, doit lui aussi payer un coût pour ce travail. Autrement dit, on peut s'attendre à ce que travailler avec des personnes résistantes soit plus fatiguant pour le thérapeute (pour autant qu'il interagisse avec elles).

- Psychiquement parlant, un état de transition instable, qui conduirait à un retour en arrière, correspondrait peut-être à un état de tension interne très forte due à un changement incomplet. Par exemple, une partie du vécu pourrait être alors en opposition forte avec une autre au point que les deux ne peuvent coexister facilement simultanément et que pour minimiser cette tension, il se produit alors cette rechute. J'ai un exemple tiré de mon expérience clinique qui pourrait illustrer cette hypothèse :

  J'ai reçu en consultation en 2010 une jeune femme qui venait de perdre 30kg en quelques mois, après des années de prise de poids importante due à une alimentation trop calorique et des compulsions alimentaires. Elle se sentait très mal car elle avait le sentiment alors de ne plus se reconnaître et surtout de ne plus appartenir à sa famille (ses deux parents, son frère et deux sœurs, ses oncles et tantes des deux côtés étaient en surpoids très important.). Elle se sentait tiraillée entre la satisfaction d'avoir perdu tout ce poids, notamment pour des raisons de santé (un des parents avait du diabète) et l'impression de ne plus appartenir à sa famille. Elle sentait qu'elle devait lutter fortement pour éviter de reprendre les anciens comportements et qu'elle était en train de perdre ce combat. Je l'ai alors aidée à diminuer fortement l'affect lié à l'impression qu' « elle avait toujours été en surpoids » et celui lié à l'impression que « dans la famille on est tous comme ça ». Elle s'est alors sentie beaucoup mieux avec l'impression d'une forte confiance en soi et de se sentir vraiment bien. En fin de séance, nous avons convenu qu'elle pourrait revenir si elle sentait à nouveau que cela n'allait pas. A ce jour, je ne l'ai pas revue, bien qu'elle était prête à faire autant de séances que nécessaire.

Cet effet facilitateur de l'EMDR sur l'évolution du psychisme m'a également fait réfléchir.

5.4 Retour sur l'EMDR : apport de la thermodynamique chimique

Personne n'a encore pu apporter une explication cohérente de l'EMDR au niveau du mécanisme d'action physiologico-psychologique (Tartakovsky, M. (2012)). Probablement parce que personne n'a essayé de le penser sous l'angle de la thermodynamique chimique[21].

[21] Tout au moins, sur PubMed et sur ScienceDirect le 8 mai, aucune réponse à la question « EMDR AND entropy ».

De mon point de vue, ce mécanisme d'action pourrait être un phénomène purement entropique de nature.

Intuitivement, on peut penser à un parallèle avec l'augmentation de la cinétique de réaction suite à une augmentation de température. L'EMDR provoquerait alors une augmentation de la cinétique suite à une augmentation de l'entropie du système. Nous savons que l'enthalpie libre **G = H-T.S**. Nous pouvons alors écrire au premier ordre :

$$\Delta G = \Delta H - T.\Delta S - S.\ \Delta T$$

G : enthalpie libre ; H : enthalpie ; S : entropie ; T : température.

Le cerveau régule sa propre température, elle est donc relativement stable ($\Delta T = 0$), et probablement aussi l'enthalpie H, qui représente l'énergie interne. L'évolution de l'enthalpie libre est alors majoritairement influencée par l'évolution de l'entropie du système et comme l'EMDR influence très favorablement l'évolution du système, il s'ensuit que son mécanisme d'action est entropique de nature.

Physiquement parlant, cela pourrait être le résultat d'un couplage de fréquence entre l'excitation sensorielle provoquée et la fréquence de synchronisation d'ensemble de neurones.

L'entropie est un paramètre très important dans les systèmes d'informations (requête « information theory AND entropy » sur ScienceDirect.com : 61 764 articles le 07 mai 2012). Il a aussi des publications intégrant la théorie de l'information et la biologie au niveau des signaux entre cellules (Waltermann & Klipp, 2011).

Le sujet mérite certainement qu'on s'y intéresse davantage.

5.5 Réflexions, hypothèses et modélisation

J'ai bien observé que, par exemple, certaines personnes parvenaient vite à faire le deuil d'une personne disparue alors que d'autres n'y parvenaient que très difficilement, alors que leur douleur était tout aussi intense. Pour moi, attendu que notre fonctionnement psychique est régi par notre personnalité qui comprend compétences, croyances et traits de caractère, cela voudrait dire qu'il pouvait exister des traits de caractère, des croyances qui puissent favoriser le changement ou le ralentir voire l'empêcher complètement.

Mes hypothèses d'investigation furent alors les notions suivantes :

- Si quelque chose freine l'évolution, le changement de la personne, alors cela agit sur le processus même de détachement, qu'il soit actif (en séance) ou passif (en dehors des séances, pendant les rêves, les échanges avec d'autres, les réflexions, le temps).

- Ce quelque chose peut être en interaction avec notre passé, par exemple, cela pourrait être la nostalgie ou l'attachement au passé.
- Il peut être en interaction avec notre identité, attendu que celle-ci a tendance à rester stable dans le temps.
- Il peut être en interaction avec le concept même de se détacher du passé.
- Il peut être en interaction avec le concept de changer ou de guérir.
- En somme cela concerne « d'où on vient, qui on est, où on va et les possibilités de le faire »….
- La nostalgie peut donc être prise en compte, ainsi que la difficulté à « lâcher prise » (ici définie comme la capacité à accepter quelque chose que l'on ne peut changer).
- Par contre, en ce qui concerne les rechutes, une simple nostalgie ne pourrait expliquer à mon sens ce phénomène, mon hypothèse d'alors était qu'il ne pouvait s'agir que de quelque chose lié à l'identité de la personne. ***Mon raisonnement était que si quelque chose fait partie de soi, il est alors bien plus difficile de s'en débarrasser, de s'en détacher puisque le moi est stable dans le temps*** (sinon les personnes n'auraient pas besoin de thérapeutes car elles sauraient facilement modifier leurs traits de caractère au quotidien…). La notion que le passé (ou le problème) pouvait faire partie de soi pouvait donc être pertinente. Si le passé est ressenti comme faisant partie de soi, il va de soi alors que tous les affects négatifs font partie de soi et sont donc liés au Moi.

Cela peut faire beaucoup de notions différentes possibles, mais probablement, l'expérience et l'observation lors de plusieurs anamnèses, permettraient de faire un tri sur les plus importantes, puis de tester la validité des hypothèses. Je suis donc passé à l'investigation en développant mon anamnèse.

5.6 Investigation des ressentis éprouvés

Après toutes ces réflexions et hypothèses, j'ai procédé à un questionnement approfondi des personnes, spécialement celles qui avaient le plus de difficultés à travailler sur la technique de visualisation de ligne de temps (métaphore symbolisant le temps et en relation avec le vécu, le caractère, l'identité…).

La nostalgie, l'attachement au passé, la difficulté à lâcher-prise sont des concepts immédiatement mis en évidence et ressentis par la plupart des personnes.

Par la suite, il est apparu que plusieurs autres traits de caractère pouvaient être effectivement impliqués :

- Avoir du mal à se détacher du passé (peu fréquent) ;
- Analyser;
- Etre rancunier ;
- Ne pas supporter l'injustice[22] ;
- Impression que le passé fait partie de soi ;
- Impression que ses parents font partie de soi ;
- Impression que le problème fait partie de soi au point que la personne ne puisse s'imaginer sans le problème.

Apparemment, « avoir du mal à se détacher du passé » est synonyme de manque de lâcher prise pour la plupart des personnes que je reçois[23].

Souvent les personnes font mention d'une éventuelle peur de changer et emploient souvent les termes suivants « je dois probablement avoir peur de changer », mais ils ne la ressentent pas. Quand on leur fait remarquer cela, ils répondent souvent « ça doit être inconscient ». Je suis parti du principe (rasoir d'Ockham) que si cette peur n'était pas ressentie, alors elle était probablement peu présente et donc elle ne devait pas être un facteur à prendre en compte dans un premier temps. Quand une peur est forte, la personne la ressent toujours (elle peut par contre ne pas la conscientiser, la verbaliser ou la nier).

5.7 Application : extension de l'anamnèse

J'ai donc étendu l'anamnèse aux traits de caractères négatifs des parents progressivement au fil du temps pour inclure l'anxiété, tout ce qui peut être lié au travail, ou qui peut être cause de mal-être pour les personnes.

En ce qui concerne les résistances, je les ai donc incluses en tant qu'hypothèses lors des anamnèses.

---

[22] Fondamentalement, quoiqu'on puisse dire à propos de la justice ou de l'injustice ou de l'égalité, ne pas supporter l'injustice revient à ne pas supporter que le monde ne suive pas la vision toute personnelle que l'on en a (il suffit d'observer un enfant pour s'en convaincre). Quant à trouver les autres injustes alors qu'ils ne nous agressent pas, c'est exiger qu'ils se comportent avec notre vision de la justice et pas avec la leur. « C'est donc être presque soi-même injuste et moralement glissant comme terrain… »

[23] Tellement synonyme que je ne l'ai pas plus inclus dans l'étude mais je peux l'inclure occasionnellement pour des personnes qui analysent beaucoup et font donc la distinction.

6 Pratique clinique 2010

6.1 Description des modifications apportées à la pratique initiale

6.1.1 Anamnèse actualisée, fin 2009-début 2010

Si la personne mentionne des pensées suicidaires ou si l'un des indicateurs globaux se situe à 0, l'anamnèse est accélérée pour obtenir les informations les plus critiques, pour enchaîner très souvent sur la phase de travail de l'empreinte de la personnalité des parents résidente dans la psyché de la personne. Le but est de consacrer ainsi un maximum de temps de travail émotionnel à la personne.

Seule la partie concernant les traits de personnalité et le vécu est modifiée pour prendre en compte davantage de traits de personnalité.

6.1.1.1 Traits de personnalité et vécu

Toutes les questions suivantes appellent une réponse notée par la personne, spontanément, globalement, sur une échelle de 0 à 10. J'ai commencé par les hypothèses de résistances (soulignées ci-dessous).

- A quel point vous vous sentez attaché au passé ?
- A quel point votre passé fait partie de vous ?
- A quel point c'est difficile de lâcher prise ?
- A quel point vous avez besoin de contrôle ?
- Ressentez-vous une emprise de vos parents sur vous ?
- A quel point dire "non" est difficile pour vous ?
- A quel point la question "qui je suis ?" est difficile ou importante pour vous ?
- A quel point vous dramatisez ?
- A quel point vous vous culpabilisez ?
- A quel point vous vous faites du souci ?
- A quel point vous vous faites peur ?
- A quel point vous vous angoissez ?
- A quel point vous ressassez ?
- A quel point vous vous faites des films ?
- A quel point vous vous créez des problèmes ?
- A quel point vous vous dévalorisez ?
- A quel point vous êtes perfectionniste ?
- A quel point vous faites de l'auto-sabotage ?
- A quel point vous vous stressez ?
- A quel point vous vous mettez la pression ?

- A quel point vous êtes rancunier ?

- A quel point vous vous posez des questions ?

- A quel point vous avez un côté **éponge** ?

Cette dernière question renvoie à l'**excès d'empathie**, qui donne la capacité de partager, d'absorber le stress et le mal-être des autres. C'est même parfois une cause (parmi d'autres) d'agoraphobie. C'est un héritage de l'enfance qui peut être source de problèmes et qui cause la fatigue du thérapeute ou qui peut entraîner chez lui des problèmes de santé importants. C'est ce qui fait que les enfants en maternelle ou en primaire peuvent présenter des troubles du comportement ou de l'apprentissage. En effet, si leurs deux parents sont fortement stressés, anxieux ou dépressifs, l'enfant reçoit alors une double dose de mal-être… Pourtant cette capacité est, de mon point de vue, vitale pour les enfants car elle leur permettrait acquérir rapidement le langage, des compétences, du savoir-être.

La liste de questions n'est pas limitative, bien sûr.

Ensuite, on peut passer aux contributions des parents, grands-parents et / ou autres personnes qui ont beaucoup contribué à la formation de la personnalité.

Voici d'abord, les facteurs de résistance importants (c'est le texte retranscrit des questions posées en anamnèse) :

- A quel point vous ressentez l'attachement au passé de **vos parents** dans votre jeunesse ?

- A quel point vous ressentez que leur passé faisait partie **d'eux** ?

- A quel point vous ressentez que c'était difficile pour eux de lâcher prise ?

- A quel point vous ressentez **qu'ils** avaient besoin de contrôle ?

- A quel point vous ressentez qu'ils étaient manipulateurs ?

- A quel point vous ressentez qu'ils étaient culpabilisants ou se culpabilisaient ?

- A quel point vous ressentez qu'ils étaient rancuniers ?

- A quel point vous ressentez 'ils se sacrifiaient ?

-A quel point vous ressentez qu'ils étaient dans le "devoir» ? (i.e. : je leur suis redevable, ou je dois faire les choses)

- A quel point vous ressentez qu'ils étaient attachés aux choses ou à la famille ?

- A quel point vous ressentez qu'ils étaient dans le chantage affectif ?

- A quel point vous ressentez 'ils étaient dans le double choix négatif ?

Puis le reste (« vous ressentez » est implicite dans certaines questions) :

- A quel point ils se dévalorisaient ou étaient dévalorisants ?

- A quel point il était difficile de leur dire non et/ou ils avaient du mal à dire non ?

- A quel point vous ressentez leur jugement ou leur regard sur vous ? A quel point vous ressentez que ceci, c'était difficile pour eux ?

- A quel point vous ressentez un manque de marques d'affection ?

- A quel point vous ressentez un manque de communication ?

- A quel point vous ressentez de l'absence ?

- A quel point vous ressentez leur autorité ?

- A quel point vous ressentez qu'il fallait répondre à leurs attentes ou éventuellement qu'un de vos parents devaient répondre aux attentes des autres ?[24]

- A quel point ils se faisaient des films ?

- A quel point ils se faisaient du souci ?

- A quel point ils se faisaient peur ?

- A quel point ils s'angoissaient ?

- A quel point ils ressassaient ?

- A quel point vous ressentez leur coté éponge ?

- A quel point vous ressentez leur coté perfectionniste ?

Bref, pratiquement tout trait de personnalité peut être trouvé au niveau du caractère des parents et grands-parents... Plus rarement, il faudra trouver d'autres sources comme dans l'impression suivante : "je ressens que je me suis fait peur à ce moment-là !" (8/10).

- A quel point vous ressentez leur stress, leur anxiété, leur colère...?

- A quel point vous ressentez que tout cela fait partie d'eux ?

- A quel point vos parents font partie de vous ?

Ensuite, nous passons au vécu de la personne.

- Qu'est-ce qui vous est arrivé dans votre vie, qui a été difficile ou douloureux, ou stressant ou épuisant ou qui a suscité une forte émotion ou impression ou sensation négative, ET qui le serait toujours, encore aujourd'hui quand vous y pensez ? Je prends généralement note de l'intensité toutes les émotions et sensations et impressions liées à l'élément de vécu que ce soit une personne, une période de temps, un évènement. C'est une question en boucle. Elle cesse d'être posée lorsqu'il n'y a plus de réponses qui viennent à la personne.

[24] Ce trait de caractère peut bloquer la réponse à la question « Qui je suis ? » car la personne est alors centrée sur les désirs et besoins des autres et pas sur les siens.

6.1.2 Phase de travail actualisée

La première séance commence avec un travail sur la copie du caractère des parents que porte encore, en elle, la personne, afin de diminuer le ressenti des traits de caractères correspondant aux hypothèses de résistance, notamment dans l'ordre suivant :

- l'attachement au passé des parents
- l'impression que le passé fait fortement partie des parents
- le manque de lâcher-prise et / ou le besoin de contrôle
- le coté rancunier
- l'injustice.

Si ces ressentis de la personne vis à vis de son passé ne tombent pas à 3/10 environ, il y a lieu de rechercher des sources supplémentaires à travailler, par exemple : grands parents, très (trop) bons souvenirs d'enfance...

Le travail se poursuit sur les traits de caractère liés à l'anxiété (se faire du souci, se faire peur, s'angoisser, ressasser).

Le travail sur l'empreinte du caractère des parents s'achève en général sur les thèmes suivants : « devoir répondre aux attentes des autres », pour que la personne sache qui elle est, savoir dire non facilement, sensibilité au jugement et/ou aux regards des autres.

Quelques fois, la personne a trop partagé le mal-être d'au moins un de ses parents et il peut être bénéfique de lui faire trouver le symbole « d'éponge » pour effectuer un travail dessus afin de faciliter le travail portant sur l'empreinte du caractère des parents.

Une fois tout cela achevé, le travail est repris comme auparavant sur les évènements les plus difficiles d'abord et qui sont le moins affectifs. Cela permet à la personne de récupérer en confiance en soi et en bien être le plus rapidement possible, en validant, au préalable, qu'ils sont toujours difficiles car suite au travail sur le caractère des parents, il arrive très souvent que bien des choses soient plus facilement supportables, voire devenues indifférentes.

6.1.3 Résultat des investigations sur les affects

Lors des questionnements, il est effectivement apparu que pour certaines personnes, les hypothèses sur les résistances coïncident avec des ressentis plus ou moins présents chez les personnes. Certains de ces traits de caractère sont largement présents et semblent avoir une action sur tout le vécu, il s'agit de :

- L'attachement au passé
- L'impression que le passé fait partie de soi
- Le manque de lâcher-prise (et le besoin de contrôle)

- La rancune
- L'injustice

D'autres sont plus occasionnels et rendent plus difficile le tri sur le caractère des parents, il s'agit de :

- L'emprise
- L'impression d'être redevable à ses parents
- L'impression de devoir répondre à leurs attentes
- La culpabilité
- L'excès d'empathie
- Le manque affectif et l'abandon parfois, transmis de génération en génération.

Quel est maintenant l'impact de cette méthodologie ?

6.2 Recueil des données : échantillon 2

Avec l'aide de Mademoiselle Laurie Martin, nous avons sélectionné un échantillon aléatoire de 100 personnes (sélection basée sur l'initiale du nom de famille (exemple, tous les « b » puis ...) dans l'ensemble des personnes reçues entre novembre 2009 et mars 2010.

Cet échantillon a les caractéristiques suivantes :

- Il contient 70 femmes et 30 hommes.
- L'âge médian est de 37 ans (on peut utiliser aussi l'âge moyen qui est de 36,6 années), 35 ans pour les hommes (âge moyen 33,4) et 38 ans pour les femmes (âge moyen 37,9 ans). Comme précédemment, pour les hommes, leur faible nombre privilégie l'utilisation de l'âge médian plutôt que l'âge moyen. On peut une nouvelle fois remarquer que l'âge moyen et l'âge médian sont très proches quand on ne considère que les femmes ou la totalité de l'échantillon.

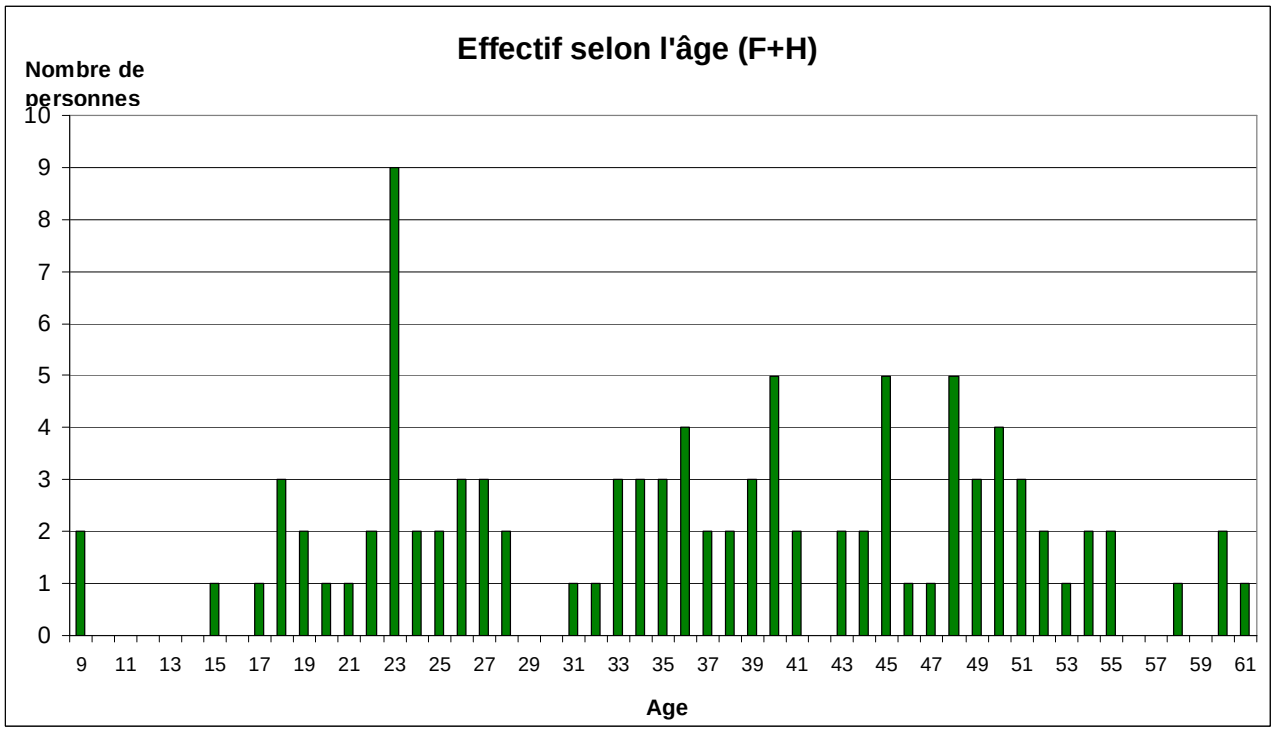

Figure 18 : Répartition de l'effectif suivant l'âge.

Comme précédemment, on peut remarquer que la forme de la distribution de la population suivant l'âge ne suit pas une loi normale.

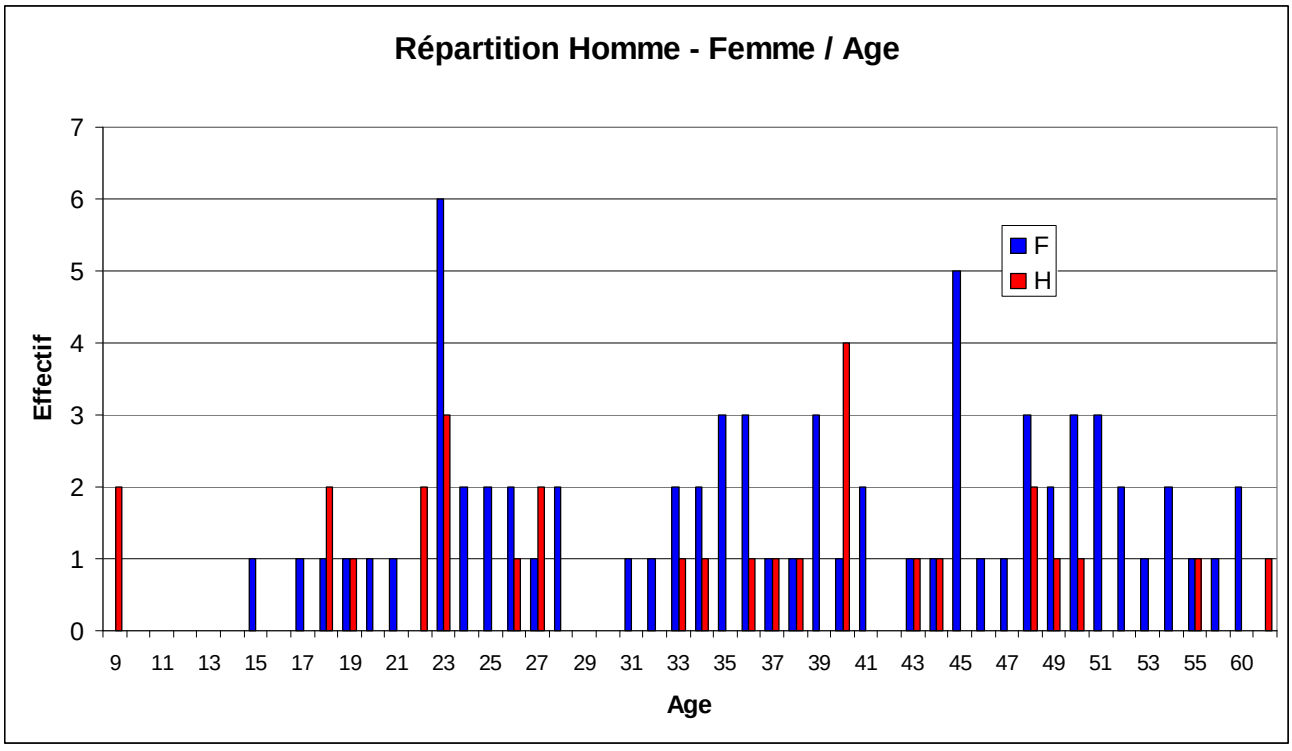

Figure 19 : Répartition de l'effectif suivant l'âge pour les Hommes et les Femmes.

Comme précédemment, nous avons regroupé les personnes en différentes catégories liées à leur problème.

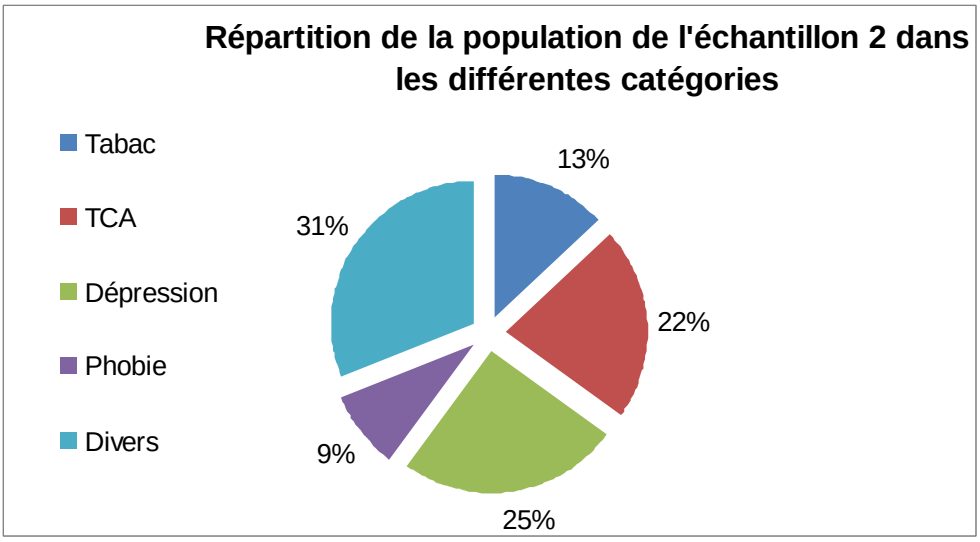

Figure 20 : Répartition des problématiques

Quand on compare la répartition selon les catégories ainsi que la répartition des effectifs entre les deux échantillons, traités avec les deux méthodologies différentes, il apparaît que les différences sont faibles. Il est important de savoir, pour valider la comparaison, si les échantillons sont quasi identiques, autrement dit, qu'ils ne diffèrent pas d'une façon statistiquement significative. Il nous faudra donc effectuer des tests statistiques pour le déterminer (voir l'analyse comparative des pratiques, p. 60).

Avant de comparer ces deux pratiques, quels sont les résultats de cette deuxième pratique ?

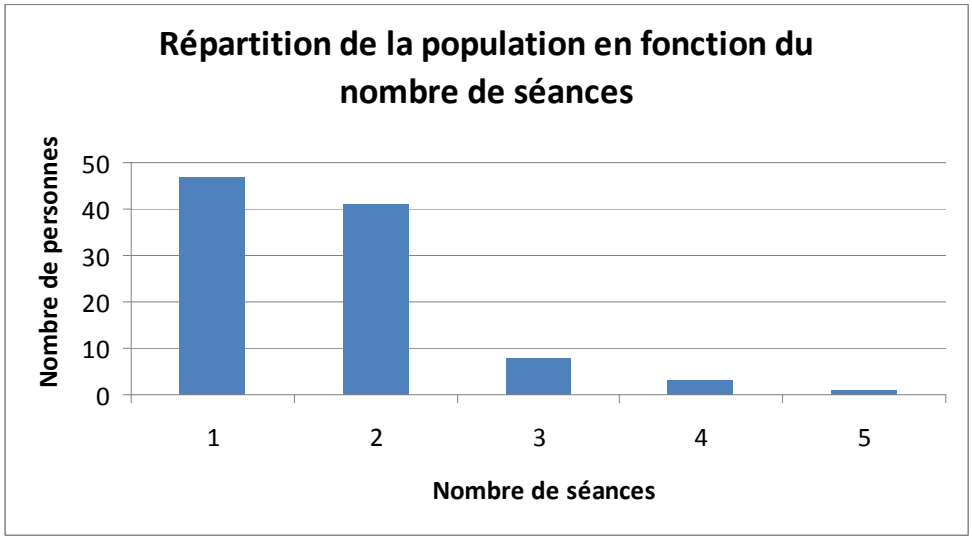

Figure 21 : Répartition des personnes selon le nombre de séances effectuées, tous problèmes confondus.

Pour tous problèmes confondus, nous pouvons constater que cette fois-ci 96% des personnes font moins de 4 séances et 99% moins de 5 séances. L'histogramme se rapproche plus d'une demi courbe de Gauss.

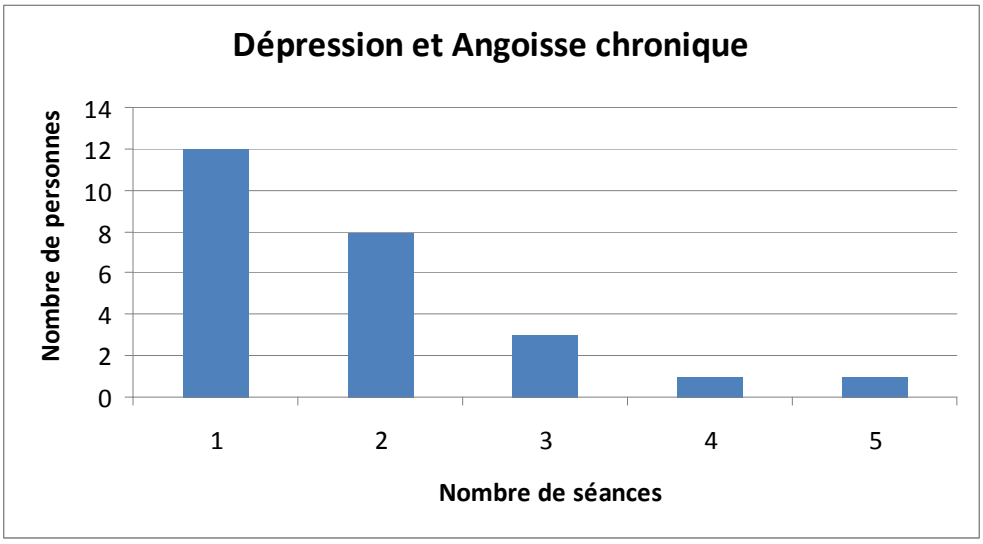

Figure 22 : Répartition des personnes venant pour dépression ou angoisse chronique, selon le nombre de séances effectuées.

Pour la catégorie « dépression et angoisse chronique » nous pouvons constater que 92% des personnes font moins de 4 séances et 96% moins de 5 séances. La nouvelle méthodologie apporte donc des changements très significatifs.

Cependant, on peut remarquer qu'une personne fait encore 5 séances. J'ai donc repris son historique et mes notes pour retranscrire une synthèse des éléments importants dont certains peuvent expliquer le nombre de séances :

- Dépression forte, plusieurs addictions (tabac, boulimie, alcool), problèmes de sommeil ; eczéma ;
- Anxiété importante ;
- Problématique parentale importante nécessitant plusieurs séances : beaucoup d'affects négatifs et une forte loyauté familiale ;
- A un moment donné, se sent « **libérée de sa mère** » (4me séance) ;
- Un travail sur un fort sentiment d'injustice a été nécessaire et était lié à son père (qui a été ressenti comme très attaché à la justice) ;
- Analyse beaucoup et son travail en autohypnose est très ciblé. Elle n'arrive pas à généraliser à tous les ressentis négatifs liés à une personne ou un évènement ;
- Addiction à l'alcool arrêtée à la troisième séance ;
- Boulimie réduite à partir de la troisième séance mais il reste quelques crises ponctuelles influencées par sa tension interne ;

- Eczéma lié au stress et en lien avec ses parents, qui s'est réduit au cours des séances.

6.3 Suivi et stabilité des résultats

Il est toujours difficile d'effectuer un suivi dès que les personnes ne consultent plus et bien souvent, je n'ai pu avoir un retour que lors de nouvelles consultations ou par le biais d'une nouvelle personne, qui fait savoir que « tout va bien » sans que je puisse avoir des précisions.

Certaines des personnes reçues sont revenues, mi 2010 (soit quelques mois après la dernière séance), en 2011 ou en 2012.

Quand les personnes effectuent plusieurs séances, j'ai effectué systématiquement un questionnement sur le sujet des résistances travaillées lors de la première séance. La plupart du temps, elles étaient devenues bien plus faibles, conformément au travail entrepris pendant les premières séances. Seule **l'emprise s'est reconstruite** quelques fois ce qui a entraîné un approfondissement ultérieur de la question : un nombre non négligeable de personnes ne sentent pas sous emprise mais se sentent plutôt « **prisonnières** »[25].

Certains problèmes ou symptômes sont restés, plus ou moins partiellement pour certaines personnes. Ces observations ont entraîné également un approfondissement ultérieur. Essentiellement, ce qui en ressort c'est qu'il restait un ou plusieurs affects liés à la période de temps sur laquelle avait lieu le symptôme et qui étaient insuffisamment travaillés. Pour certains patients, le terme « ancré » est différent de « faire partie de soi », comme de « faire partie de sa nature » ou de faire partie de son « caractère » et, ultérieurement, il est apparu nécessaire de travailler tous ces affects.

6.4 Application aux cas étudiés de personnes en rechute chronique

Je ne vais reprendre que le cas d'une personne de l'échantillon n°1 (n°75), que j'ai pu suivre tout au long de l'évolution de ma pratique.

Mme E.D. vient effectuer sa **première séance** en 2008. Informaticienne, elle a 30 ans. Sa confiance en soi globale est de 5/10 (8/10 en professionnel et 3/10 en personnel) et son niveau de bien-être est de 7/10. Elle consulte pour un problème d'hyperphagie, installée depuis l'âge de 13 ans, qui est très difficile à supporter pour elle (10/10). Elle désire aussi faire table rase de son passé. Elle se qualifie de véritable éponge (symbole

[25] Je remercie Jean-Marc Talpin pour ses remarques sur ce sujet à propos de la nécessité de reformuler quelque fois les choses afin que cela ait plus de signification pour la personne.

interne présent et traité à la première séance). C'est impossible pour elle de dire non (10/10), elle en veut à beaucoup de personnes (4 personnes, haine à 9/10). Sa mère est stressante (8/10). Ses deux parents vont relativement mal ainsi que sa jeune sœur, ce qui est très douloureux pour elle (9/10 pour sa jeune sœur, 8-9 pour son père qui a assisté au suicide de propre père). La communication avec sa belle-famille est difficile sur la nourriture (8/10). Elle a peur de décevoir (10/10), ressent un vide affectif (10/10), ressent beaucoup d'injustices (notamment avec plusieurs professeurs mais aussi ses parents).

De mon point de vue, son ressenti « je vais bien à 7/10 » est complètement en décalage avec ce qu'elle relate de son vécu.

Elle effectue un total de 3 séances, à chaque fois séparées de 15 jours. Elle termine **la troisième séance** en se sentant complètement bien et en ayant complètement confiance en soi (8/10 ; 8/10). Elle apprécie beaucoup le CD donné à la première séance et l'utilise régulièrement. C'est bien plus facile pour elle de dire non (5/10). Son hyperphagie s'est calmée, les compulsions alimentaires prennent la forme d'une boulimie occasionnelle.

Elle consulte à nouveau un mois plus tard (**4me séance**). Elle s'est remise à manger toujours autant qu'avant et l'a interprété comme une sonnette d'alarme. Sa confiance en soi globale est basse (3/10), son niveau de bien être moyen (5/10). Elle se sent « grosso modo bien » et dire « non » est encore difficile (10/10). Sa mère se fait beaucoup de soucis pour elle et c'est difficile pour elle (6-7/10). Il y avait plusieurs affects négatifs encore importants autour de sa mère, bien qu'ils aient été travaillés précédemment. Elle se sent nettement mieux en fin de séance.

Un mois plus tard (**5me séance**), elle consulte à nouveau et elle déclare se sentir vraiment mal : elle se sentait bien, sans problème, même si elle continuait de manger un peu trop, elle n'avait plus qu'un peu de boulimie et se sentait moins stressée. Ce qui a déclenché son retour, c'est qu'elle ne se sentait même plus exister par moment. Le questionnement fait apparaître que lorsque tout allait bien, il n'y avait plus de douleurs, plus de problèmes, ce n'était pas normal pour elle, ce qui lui donnait l'impression de ne plus exister. Cette croyance, qui a été héritée de sa mère, est travaillée ainsi que le ressenti qu'elle a souffert toute sa vie.

Elle revient 3 mois plus tard (**6me séance** ; 1er juin 2009) en se sentant très stressée de revenir. Elle se sent pourtant bien (8/10) et a pleinement confiance en elle (8/10). Elle a pris « conscience de certaines choses et a mis alors le doigt sur d'autres choses ». Elle relate qu'elle a vraiment commencé à manger exagérément à 8-9 ans, plutôt qu'à 13 ans. Le souvenir du décès de sa grand-mère avec l'image choc du cercueil (8/10) est pour la première fois mentionné. Elle ne comprend pas pourquoi elle l'avait oubliée. C'est à cet

âge qu'elle avait décidé que tout devait être parfait. Elle réalise qu'elle ne s'est jamais opposée à ses parents et n'a jamais fait de crise d'adolescence. Un travail approfondi est réalisé sur le caractère de ses parents. Sa mère était ressentie comme angoissée (9/10), castratrice (9/10), étouffante, la tenant à l'écart, très dans le jugement (9/10), exigeante et il fallait impérativement répondre à ses attentes (10/10). Son père ne tolérait pas le non (9/10), sa douleur étai très ressentie (9/10) ainsi que sa colère (9/10). Il fallait également se confirmer à ses attentes (10/10). Il y avait énormément d'affects négatifs liés à ses parents, alors que ils avaient été travaillés précédemment plusieurs fois. La séance s'est bien déroulée. Ce phénomène récurrent de retour en arrière de ces affects négatifs me questionne et initie une remise en cause profonde de ma pratique ainsi que toute une série de réflexions.

Trois mois après cette séance, ma pratique s'est modifiée.

Je la revois début mai 2010 (**7me séance**), sa confiance en elle est à 6/10, son niveau de bien être à 5/10. Elle raconte qu'elle a passé sept mois « super », puis qu'elle a ressenti quelques émotions et quelques soucis à partir de janvier 2010 et a à nouveau quelques problèmes avec la nourriture depuis quelques semaines, ce qui a déclenché la réutilisation du CD. Nous commençons un travail plus approfondi sur le caractère de ses parents (mère faisait du chantage affectif, très attachée à la famille, culpabilisante, **emprise** 7/10, manipulatrice et dans le devoir).

Attachée au passé	Non
Passé = important	Non
Passé = partie de soi	3/10
Jugement/regard des autres	<3
Dire non	6
Se dévaloriser	7
Se culpabiliser	9
Se faire du souci	9
Se faire peur	9
Se faire des films	7
S'angoisser	7
Dramatiser	7
Ressasser	6
Se mettre la pression	5
Perfectionniste	8
Difficile de lâcher prise	7
Rancunière	7
Eponge	6
Se poser des questions	7

Tableau 5 : Traits de caractère de la personne n°75, échantillon n°1, au début de l'application de la 2me pratique.

15 jours plus tard (mi-mai 2010), elle se sent angoissée et ressent encore **l'emprise** restante de sa mère, le travail est axé alors là-dessus.

Début octobre 2010 (**9me séance**), elle revient, se sent plutôt bien mais ressent à nouveau quelques problèmes avec la nourriture (des grignotages) alors que cela allait

beaucoup mieux depuis la séance précédente. Elle se sent **ni-prisonnière ni-libre** par rapport à sa mère. Elle ressent que sa mère avait peur de l'amour (9/10) et qu'un schéma est en place et surtout fait partie d'elle (9/10). Elle ressent que sa mère l'a formatée ainsi que la religion. En séance, le travail s'effectue là-dessus en utilisant les symboles métaphoriques déjà construits et enrichis de l'expérience accumulée au cours de la pratique n°2. Elle ne se sent pas complètement libre en fin de séance.

Mi-juillet 2011 (**10me séance**), je la revois, elle ne se sent pas bien depuis un à deux mois. Elle a eu une enfant qui a été hospitalisée plusieurs fois. Elle s'ennuie fortement chez elle et, surtout, sa belle-mère est désormais à la retraite et cherche à s'installer près de chez elle. Il y a des disputes avec son mari sur ce sujet et elle s'aperçoit d'une part, d'une ressemblance frappante entre sa belle-mère et sa propre mère et d'autre part que son mari est encore prisonnier, sous l'emprise de sa mère. Elle se sentait à nouveau prisonnière de sa mère (8/10), de son passé (8/10), d'elle-même (8/10) et très anxieuse (8/10). Le travail porte là-dessus et sur les nouveaux évènements. Elle se sent bien mieux, **libre en fin de séance** et comme d'habitude nous convenons qu'à tout instant elle peut revenir en cas de problème.

Mi-février 2012 (**11me séance**), je la revois, elle a repris depuis peu des crises d'hyperphagie (depuis 15jours avant la séance) et à la suite d'un reportage, elle s'est aperçue qu'elle faisait un burn-out maternel. Sa petite fille a été hospitalisée 12 fois en quelques mois. D'autre part, elle relate qu'elle a pris conscience qu'elle se faisait de l'automutilation depuis l'âge de 10 ans. Elle se crée des obligations nombreuses qu'elle doit réaliser à la perfection (alors qu'elle n'est plus perfectionniste au travail suite aux séances antérieures). Je l'interroge au sujet de la mère et de son enfance. **Cette fois-ci, elle se sent toujours libre** par rapport à sa **mère** et détachée de son enfance. Le travail sur le vécu se passe facilement et rapidement. Comme d'habitude, nous convenons qu'à tout instant elle peut revenir en cas de problème et à ce jour (15 mai 2012), je ne l'ai pas revue.

Qualitativement, il apparaît que le changement de méthodologie apporte un bénéfice aux consultants, cependant, il est intéressant de les comparer plus quantitativement.

7 Analyse comparative des pratiques

7.1 Comparaison statistique des échantillons 1 et 2

Avant de comparer les pratiques, il est important de vérifier que les échantillons, sur lesquels ces pratiques s'appliquent, soient suffisamment ressemblants. Cela veut dire les comparer (Beaufils, 1996) et effectuer un test pour vérifier n'y ait pas initialement de différence statistiquement significative (Beaufils, 1998, p. 58) entre les échantillons. Les outils utilisés pour cela sont principalement le programme Excel® de Microsoft©.

Outre les ouvrages de Béatrice Beaufils, je me suis appuyé aussi sur le document de Denis Poinsot (« STATISTIQUES POUR STATOPHOBES.pdf (Objet application/pdf) ».), qui contient de nombreux exemples et qui est rédigé par un biologiste. Chaque échantillon contient 100 personnes.

	Ech. n°1	Ech. n°2
Age médian	39,5	37
Age moyen	38,7	36,6
Age médian Femme	38	38,5
Age médian Homme	41	35
Nombre de femmes	71	70
Nombre d'hommes	29	30
Tabac	12	13
TCA	22	22
Dépression & Angoisse chronique	29	25
Phobie	6	9
Divers	31	31

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques des échantillons n°1 et n°2.

Apparemment, les échantillons sont un peu différents, mais les quelques différences présentes sont-elles gênantes ?

Nous avons vu précédemment que la problématique (le nombre de séances) n'était quasiment pas corrélée ni à l'âge (voir Figure 9, p. 34), ni au sexe (au vu des données). Ce ne sont donc pas des données pertinentes pour juger de la ressemblance des échantillons au regard de notre problématique.

J'ai donc effectué un test statistique de χ^2 sur les catégories dans un premier temps (Beaufils, 1998, p. 74). L'hypothèse nulle H_0 est que les deux échantillons sont de deux populations similaires (pas de différences statistiquement significatives). Se pose alors la question de définir l'effectif théorique, cependant, je ne compare pas ici une distribution observée à une population théorique mais au premier échantillon : je prends donc celui-ci comme distribution théorique puisque je ne la connais pas.

L'utilisation d'Excel® ou de tout autre tableur donne facilement χ^2= 2,135. Ici, la variable « catégorie » prend cinq modalités et donc nous n'avons que 4 degrés de liberté. La table des valeurs critiques de χ^2 nous indique que dans ce cas, pour rejeter l'hypothèse nulle avec moins de 5% d'erreur, il aurait fallu $\chi^2 \geq 9{,}49$. Pour la rejeter avec moins de 10% d'erreur, il aurait fallu $\chi^2 \geq 7{,}78$. Nous en concluons qu'il est impossible de rejeter l'hypothèse nulle. Ce qui veut dire que les différences observées ne sont pas significatives, statistiquement parlant, selon le résultat de ce test, mais sont probablement dues à la variabilité naturelle de la population dans laquelle sont prélevés les échantillons. Ce résultat se renforce si on ajoute l'âge et le sexe dans les données de test.

7.2 Comparaison des pratiques sur leurs résultats

L'impression générale qui se dégage est que les séances sont plus faciles pour les personnes. Lorsque la nouvelle méthodologie est appliquée, le travail sur les parents peut être difficile, notamment dans le cas de l'emprise. Souvent les affects négatifs restants et liés au reste du vécu, ultérieurement à l'enfance, sont déjà devenus moins difficiles après le travail des résistances.

Pour les personnes qui effectuent plus d'une séance, ce qui les a frappées, c'est qu'elles ont une relation différente avec leurs parents, « plus d'adulte à adulte » selon certaines personnes. Cela déstabilise parfois certains parents qui ne l'acceptent pas et qui essaient alors de forcer leur enfant à redevenir comme avant. Bien souvent celui-ci ne se laisse plus faire comme avant. A l'inverse, d'autres parents réagissent en acceptant et en reconnaissant le changement (une personne m'a même rapporté les paroles d'un de ses parents : « il était temps que tu grandisses ! »).

Après ces aspects qualitatifs, comparons quantitativement les échantillons en effectifs cumulés. Nous avons voulu regarder les choses d'une façon globale et aussi, pour essayer de déceler un effet plus général, soit uniquement dans la catégorie « dépression » soit en dehors de cette catégorie.

Toutes catégories confondues	**échantillon 1**	**échantillon 2**
Effectif faisant moins de 3 séances (%)	57	88
Effectif faisant moins de 4 séances (%)	75	96
Effectif faisant moins de 5 séances (%)	87	99
Catégorie "dépression & angoisse chronique"		
Effectif faisant moins de 4 séances (%)	62	92
Effectif faisant moins de 5 séances (%)	69	96

Tableau 7 : Comparaison des % de l'effectif cumulé pour x séances.

Nous voyons un effet global important de réduction du nombre de séances qui est encore plus important pour la catégorie « dépression ». Pour savoir si cet effet global est uniquement dû à l'impact sur la catégorie « dépression », nous avons aussi calculé les effectifs cumulés pour l'effectif en dehors de cette catégorie.

Toutes catégories sauf "Dépression"	**échantillon 1**	**échantillon 2**
Effectif faisant moins de 2 séances (%)	21,3	49,3
Effectif faisant moins de 3 séances (%)	64	90,7
Effectif faisant moins de 4 séances (%)	76	98,7
Effectif faisant moins de 5 séances (%)	89	100

Tableau 8 : Comparaison des % de l'effectif cumulé pour x séances hors "dépression".

Nous pouvons alors constater un impact important du changement de stratégie, y compris sur des personnes venant pour un problème autre que « dépression ou angoisses chroniques ». Cependant, cela ne suffit pas pour conclure à un changement statistiquement significatif. Pour cela il faudrait réaliser un test qui puisse permettre de rejeter l'hypothèse « pas d'effet » avec une marge d'erreur faible (≤5%).

7.3 Test statistique : existe-t-il une différence statistiquement significative entre les deux pratiques cliniques ?

Pour le savoir, j'ai effectué un test de Wilcoxon, Mann et Whitney (Beaufils, 1998, p. 123-125) en utilisant une macro Excel® téléchargée sur le site d'Hervé Delboy (« tests non paramétriques sous Excel »). J'ai choisi ce test car il s'agit d'un test non-paramétrique, tout indiqué dans le cas où la loi distribution n'est pas « normale » même si par ailleurs pour des échantillons comprenant un effectif >30, on peut prendre un test paramétrique en première approximation.

L'hypothèse nulle correspond à « le changement de méthodologie n'a pas d'effet significatif ».

La macro Excel se charge de transformer chaque modalité en rang et elle tient compte des ex-æquo.

La somme des rangs pour l'échantillon n°1 est R1= 12215 et donc U1 = 2835.

La somme des rangs pour l'échantillon n°2 est R2= 7885 et donc U2 = 7165.

Nous avons alors un écart type E= $\sqrt{}$(n1n2(n1+n2+1)/12) = 409,27.

L'indice **z** est alors donné par **z** = (min (U1 ou U2)-(n1n2)2)/E = -5,29.

On obtient **z = -5,29**, ce qui est hors de la tabulation habituelle. La probabilité d'erreur en rejetant l'hypothèse nulle est largement inférieure à 0,00004 *(valeur correspondant à z=4,09 en valeur absolue).*

Le changement de stratégie introduit donc bien un changement statistiquement très significatif et qui est important en termes de réduction du nombre de séances effectuées.

Qualitativement, la satisfaction de ma patientèle est également plus élevée.

7.4 Conclusions

Nous avons montré qu'il y a bien un effet important du changement de stratégie et de la prise en compte des hypothèses sur ces résistances sur le nombre de séances.

Les hypothèses de résistance suivantes ont pu être identifiées et, en principe, réduites :

- Attachement au passé ;
- Impression que le passé fait partie de soi ;
- Impression que le problème fait partie de soi ;
- Difficulté à lâcher prise ;
- Besoin de contrôle ;
- Emprise ;
- Rancune ;
- Injustice ;

Tout se passe comme si en aidant la personne à modifier certains traits de son caractère, elle pouvait alors réinterpréter son vécu, s'en détacher plus facilement.

Par exemple, dans le cas d'un consultant rancunier, qui en veut beaucoup à plusieurs personnes, suite au travail en séance, il cesse d'être d'être rancunier et il cesse automatiquement de leur en vouloir. Cet effet s'observe aussi pour l'injustice (et souvent au moins un des parent est ressenti comme juste ou injuste ou ne supportait pas l'injustice).

Ce qui est validé, c'est l'efficacité du changement global de stratégie, ce n'est pas pour autant que les hypothèses sur la nature des personnes soient vraies ni que ces croyances/traits de personnalités soient effectivement responsables de ces résistances.

La seule façon de valider statistiquement ces hypothèses serait de conduire une autre étude sur deux échantillons différents : l'une portant sur des personnes déjà détachées de leur passé et se sentant libres, l'autre portant sur des personnes très attachées au passé, prisonnières de leur passé et ressentant fortement qu'il fait partie d'elles.

Toutes ces réflexions et cette démarche de remise en question de la pratique m'a aussi permis d'élaborer mon propre modèle clinique, afin de guider ma pratique.

8 Modèle Clinique

8.1 Constatations et réflexions générales

Si tous les esprits sont différents en raison d'un vécu différent, néanmoins, les personnes ont toutes un ensemble de gènes qui conduisent à la construction d'un cerveau. Les variations génétiques individuelles sont mineures par rapport à l'ensemble des gènes impliqués dans la construction d'un corps et d'un cerveau mais il y a suffisamment de diversité pour que les apparences et les caractéristiques physiques soient assez variables. Si ces variations génétiques étaient importantes, alors ce ne serait plus viable ou ce ne serait plus la même espèce.

Il y a donc des règles de construction communes pour les cellules, pour le corps, pour le cerveau et donc pour l'esprit. La structure et la personnalité de chacun peuvent être différentes, mais la façon de se construire, elle, doivent être similaires.

Il doit donc y avoir des mécanismes généraux qui expliquent la construction des compétences, des traits de caractère, qui expliquent aussi l'état dans lequel un esprit peut se trouver et aussi ses réactions.

8.2 Définition

On peut donc définir l'esprit comme un ensemble, appartenant à une classe (= ensemble de tous les esprits possibles, au sens de la théorie des ensembles). Les membres de cette classe obéissent à un ensemble de règles et peuvent subir des transformations en un autre membre de cette classe. Autrement dit, il existe des règles de transformation qui peuvent s'appliquer à tous les membres de cette classe.

8.3 Hypothèses de départ

Hyp N°1 : l'esprit est un "objet" (faute de mieux) dont le fonctionnement et l'évolution sont continus dans le temps (au sens mathématique du terme voir la page web sur wikipédia (« Continuité - Wikipédia »)). Il acquiert continûment de nouvelles expériences qui peuvent être intégrées (au sens mathématique du terme, ici aussi) et faire évoluer sa façon de fonctionner.

Hyp N°2 : Son fonctionnement évolue aussi en fonction de son état et son état fait aussi partie des choses qu'il vit. L'état (**E**) pourrait alors être défini comme l'ensemble des faits, des informations sensorielles, corporelles, et émotionnelles éprouvées au temps **t,** ainsi qu'un état de focalisation qui pourrait être interne et/ou externe (ie : l'esprit peut être concentré soit sur l'extérieur, soit sur lui-même et tous les différents états de focalisation plus ou moins intermédiaires pourraient alors être qualifiés d'états de conscience

modifiés). Chacune de ces informations très diverses comporte une composante factuelle et une composante de ressentis. La façon dont cet esprit vit les choses et dont il les intègre par rapport au temps **t**, est également fonction de son état de focalisation de l'instant t ce à tout instant. En clair, il y a interaction incessante, plus ou moins forte, entre les cognitions (ici prises dans le sens « informations factuelles »), les ressentis, les contextes (internes ou externes). Les interactions sont modulées par l'état de focalisation.

8.4 Observations

1°) C'est l'intensité de l'émotion / sensation / impression qui est le signal pour mémoriser ce que nous vivons. Une chose vécue avec suffisamment d'intensité ressentie n'aura pas besoin d'être répétée pour être mémorisée. Une chose vécue avec relativement peu d'intensité émotionnelle aura besoin d'être répétée pour être mémorisée (=>apprentissage). Ici aussi on peut parler d'intégration. Un élément mémoriel contient une part de faits et une part de ressentis, d'intensité variable.

Exemples :

- je pose mes clés sans faire attention dans un endroit inhabituel et 5 min plus tard je ne sais plus où elles sont posées...
- j'entends une phrase qui me choque, elle sera mémorisée fortement, immédiatement et cette phrase peut avoir des incidences importantes.

2°) Si l'intensité du ressenti confère de l'importance au vécu au moment où nous le vivons, alors il s'ensuit que l'intensité du ressenti mémorisé va servir dans la construction émotionnelle alors que la construction des compétences, du savoir, de l'expérience va être basée sur l'accumulation des faits (rasoir d'Ockham pour l'économie de construction). Nous avons donc une construction émotionnelle et une construction rationnelle (expérience, compétences). La construction émotionnelle vient en premier, puisque c'est l'émotion qui confère l'importance et c'est celle des réactions immédiates aux contextes divers. Une croyance sera alors une construction mi rationnelle mi émotionnelle (analogue à un nombre complexe[26]). Concernant l'assemblage des différents contextes, il y a probablement une association obéissant à une logique nécessairement floue : puisque

[26] Un nombre complexe contient une partie réelle et une partie imaginaire (exemple : 1+3i). Le corps des nombres complexes est une extension des nombres réels. Le nombre imaginaire « i » est alors défini comme $i^2=-1$. Les applications des nombres complexes sont nombreuses, par exemple en électronique pour la modélisation du fonctionnement de certaines fonctions électroniques, l'électromagnétisme, la mécanique quantique et bien sûr les mathématiques appliquées (analyse de Fourrier)….

qu'ils sont rarement exactement identiques, deux contextes ne seront assemblés que s'ils se ressemblent suffisamment.

3°) il y a des ressentis positifs et des ressentis négatifs. Nous sommes davantage marqués par des ressentis négatifs (Taylor, 1991).

8.5 Réflexions

L'état d'esprit d'une personne est alors à tout instant une synthèse entre le contexte présent et le vécu (ie : les ressentis liés au passé). Le présent n'est qu'une tranche infinitésimale de temps (un **dt** en mathématiques) et un ensemble de ressentis résultant de l'interaction de l'esprit avec le contexte du temps **t** (que le contexte soit intérieur ou extérieur à l'esprit), alors que le passé comprend une quantité largement plus importante de temps (**t** en années) et des ressentis mémorisés. Il s'ensuit donc logiquement et mathématiquement que la synthèse est très majoritairement résultante de l'influence de l'intégration (au sens mathématique du terme : c'est équivalent à une somme) de tous les ressentis et des faits passés sur le temps **t**. Nous avons donc une synthèse émotionnelle, à partir de l'intégration de tous les ressentis et une synthèse rationnelle, en compétences, résultant de l'intégration sur les faits. Une croyance est tout simplement le mélange de ces deux synthèses avec priorité accordée à la partie émotionnelle (puisque l'intensité du ressenti équivaut à l'importance). L'intégrale du ressenti lié à une expérience constitue le poids accordé à cette expérience par la suite. On pourrait penser que cette intégrale de ressenti se ferait par rapport au temps de l'expérience.

Autrement dit, une expérience négative associée à un ressenti extrêmement élevé aura un impact très important sur le présent en terme d'affects et de croyances. Si cette expérience a un impact négatif que l'on souhaite corriger, alors il faut :

- soit accumuler d'autres expériences jusqu'à atteindre un poids cumulé suffisamment important pour neutraliser les conséquences négatives. Cela peut être très difficile à réaliser compte tenu que l'esprit est plus marqué par ses éléments négatif que par des éléments positifs (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer, & Vohs, 2001). Et il faudra :

  - soit des expériences positives très fortes en ressenti et peu de temps ;
  - soit des expériences répétées et positives de contextes proches et surtout nombreuses…

C'est l'approche des thérapies cognitivo-comportementalistes. Cependant, si ainsi on peut compenser un schéma, infléchir une anxiété, on ne peut pas compenser une douleur… Ce n'est donc pas une thérapie complète.

- soit neutraliser ce poids, c'est-à-dire interagir avec les ressentis anciens liés à l'expérience problématique et parvenir à les diminuer. Seulement les approches s'intéressant au vécu de la personne peuvent faire cela.

Comme l'intégrale se fait par rapport au temps, un état ressenti fortement suffisamment longtemps devient un élément extrêmement structurant, presque inamovible par la suite. On pourrait appeler cela un trait de caractère !

Donc, si le passé d'une personne est fortement chargé en ressentis négatifs, alors la synthèse ne peut être que négative, la personne ne peut être heureuse même si elle a toutes les raisons du monde de l'être.

Tous les ressentis négatifs sont liés à des neurotransmetteurs marqueurs du stress (puisque ce sont eux qui ont servi également à la mémorisation), il y a donc surproduction permanente et surconsommation de ces neurotransmetteurs chez une personne qui a beaucoup de ressentis négatifs. Cela entraine des impacts négatifs importants sur les plans neurologiques, émotionnels, psychologiques, physiologiques. Il peut se produire donc un épuisement. Une activité procurant un plaisir facile permettra alors de maintenir tant bien que mal un certain équilibre en permettant une production de neurotransmetteurs de type endorphine, qui diminueraient temporairement tout cela (Ulrich-Lai et al., 2010). Ce mécanisme se retrouve aussi dans l'auto-scarification (Nock, 2008). Une **addiction** n'est alors qu'une béquille, un moyen de limiter les dégâts. Cliniquement, nous pouvons citer comme argument le soulagement que ressentent les personnes lorsqu'elles se livrent à leur addiction au moment où elles la vivent. Bien sûr, après arrivent l'auto-dévalorisation, la culpabilisation et les autres traits de caractère négatifs qui peuvent empirer les choses… Le sport permettant une production d'endorphines, il est naturel que bon nombre de personnes s'y mettent quand elles désirent arrêter leur(s) addiction(s).

Au final, toute activité permettant l'accès à un plaisir facile peut devenir une addiction.

Toutes ces réflexions peuvent être poussées plus loin.

Voici quelques réflexions mathématiques préliminaires utilisant les concepts de matrice et de fonction dérivée.

On peut envisager l'esprit comme une matrice à n dimensions, n pouvant être égal au nombre de ressentis différents possibles pour la personne et pour un même élément de vécu.

Sachant qu'une personne peut très bien avoir peur de plaire aux hommes et peur de ne pas plaire aux hommes en même temps (exemple tiré de mon expérience clinique), il y a donc probablement un nombre extrêmement grand de ressentis différents mais néanmoins, il y en a un nombre fini…

On peut alors écrire une équation différentielle formelle liant l'évolution de l'esprit par rapport au temps, à l'état de cet esprit à un moment donné et à l'interaction contexte-esprit. De cette écriture, il ressort que la capacité à changer est automatiquement considérablement plus importante en EMC[27] qu'en état ordinaire de conscience. L'EMC est alors une interaction de l'esprit sur lui-même : un contexte de forte rétroaction.

En clair : l'esprit peut changer de différentes façons et cela dépend de l'état dans lequel il est au moment où il change :

- Dans un état peu propice au changement (que j'identifie à un état "conscient", un état de faible rétroaction), l'esprit peut changer par acquisition de nouvelles expériences et faire différemment d'avant, mais la résultante sera fonction des nouvelles expériences et de l'ancien fonctionnement (poids des différents ressentis intégrés). C'est une approche de type TCC.
- Dans un état très propice au changement (que j'identifie à un état de "transe hypnotique" = EMC), l'esprit peut se changer essentiellement lui-même en se focalisant sur la construction d'une nouvelle expérience capable de changer l'acquis en le transformant, en modifiant ce qui est déjà intégré au niveau du ressenti. Ce processus peut être plus ou moins ample car il est modulé par des éléments intérieurs à l'esprit et qui peuvent être modifiables.
- L'approche psychanalytique pourrait se situer entre les deux extrêmes et être assez fluctuante, suivant le cadre clinique, suivant si les personnes ont les yeux fermés ou non, suivant leur capacité à lâcher prise…

Toute matrice a un ensemble de vecteurs propres qui la caractérise en tant que transformation et on pourrait dire, par analogie, que les traits de caractères seraient assimilables à des vecteurs propres : si vous les connaissez tous, vous connaissez alors le résultat de l'interaction entre l'esprit et le contexte présent. A condition d'étendre bien

[27] Etat Modifié de Conscience.

sûr la notion de traits de caractère…En pratique, ainsi que je l'ai écrit précédemment, il serait très peu possible d'y parvenir.

Il s'ensuit que l'interaction de l'esprit avec un contexte présent met en jeu un ensemble d'éléments factuels et émotionnels dont certains peuvent s'apparenter à ce contexte présent. On peut en déduire que dès qu'une réaction est émotionnellement forte, elle est la conséquence de forts ressentis liés au vécu, que ce soit des évènements, des personnes, des périodes de temps…

Physiquement, attendu que l'esprit est un système avec de possibles fortes rétroactions, il est nécessaire de mettre en place un mécanisme assurant une certaine stabilité (cela évite l'apparition de fonctionnements chaotiques, phénomène bien connu). En l'occurrence, ici, on peut dire que les choses ressenties comme faisant beaucoup partie de Soi, sont caractérisées par un ou plusieurs ressentis qui s'étendent sur une longue période de temps, ce sont donc des éléments structurants, stabilisants. On pourrait alors dire que tout ce qui est fortement ressenti comme faisant partie de soi (ou ancré ou dans sa nature ou dans son caractère) est un trait de caractère (même si au départ, cela peut être un symptôme). De par cette construction, il y a donc une limitation des possibilités du système.

C'est une des raisons qui rendent l'arrêt du tabac difficile : les personnes ressentent très souvent que cela fait beaucoup partie d'elles, à la fois pour le tabac mais aussi pour toutes les autres impressions marquantes qu'ils pourraient éprouver vis-à-vis de cette addiction (le plaisir, l'impression que cela détend/déstresse, que c'est une habitude, une envie, un besoin…). Ainsi on peut expliquer qu'il est normal que seulement 10% des personnes arrivent à arrêter le tabac, car si les personnes savaient facilement changer leurs traits de caractère, les hommes n'auraient jamais eu besoin de thérapeutes.

Compte tenu de la nature du système ainsi décrit, il est tout à fait possible qu'il puisse entrer dans une zone de fonctionnement qui aboutisse à l'équivalent d'une autodestruction, ce qui peut être observé déjà dans d'autres sciences (électronique, automatique).

Chez les êtres humains, l'anxiété peut être un des principaux responsables de ce phénomène : la personne se fait peur, s'angoisse, se fait du souci, écoute sa peur, ses angoisses, est de plus en plus marquée par tout cela. Cette anxiété s'auto-amplifie alors, conduisant à un affaiblissement de plus en plus important des ressources internes et

réduisant progressivement parallèlement la capacité à se changer. Elle est alors dans un fonctionnement autodestructeur et auto-renforçant.

Je connais peu les résultats des thérapies cognitivo-comportementales sur les personnes très anxieuses proches de la dépression, mais il est probable qu'en étudiant le succès en fonction de l'état et du niveau d'anxiété initial, on pourrait observer une dégradation ou un effondrement de l'efficacité de ce type de thérapies pour ces personnes.

Socialement parlant, le même phénomène pourrait aussi exister. J'ignore si une société peut devenir « dépressive » mais il me semble probable qu'elle puisse être anxieuse et atteindre un niveau de mal-être généralisé très important au point d'avoir un impact extrêmement important sur plusieurs domaines (artistique, culturel, scientifique, éducation, économique…).

- Un des signes d'augmentation de l'anxiété et du mal-être général de la société pourrait être l'augmentation de comportements problématiques chez les jeunes enfants en maternelle et en primaire (les enfants ayant beaucoup d'empathie, ils partagent alors le stress et l'anxiété de leurs parents).
- Un autre signe pourrait être l'augmentation d'un rejet de la société par une frange de ses membres, comme une maladie auto-immune dans le corps.
- Un autre signe pourrait être aussi la perte de rationalité au profit d'un émotionnel de moins en moins contrôlable et donc l'apparition de croyances diverses.
- Cet émotionnel de moins en moins contrôlable pourrait donner lieu à une volonté de renforcement du contrôle.
- L'augmentation de l'anxiété donnerait lieu à une volonté d'éviter de plus en plus les risques et conduirait à moindre lâcher-prise (difficulté à accepter les choses que l'on ne peut changer). Le principe de précaution en serait une parfaite illustration.
- De la même façon qu'un trait de personnalité est difficile à modifier chez une personne, une société pourrait aussi éprouver cette difficulté.

Tout cela me donne à penser que la société française pourrait aller nettement mieux, psychiquement parlant. Pour cela, il faudrait que les capacités anxiogènes des médias se réduisent, à l'inverse de ce qu'il se produit en ce moment il me semble…

8.6 Pratique clinique 2012

Depuis cette remise en question, la stratégie clinique adoptée est donc différente et suit les étapes suivantes :

1) Travail de l'empreinte de la personnalité des parents et de leurs problèmes et du vécu de l'enfance, jusqu'à ce que la personne puisse dire : « je sais qu'ils étaient comme cela, mais je ne le ressens plus et je sais que c'était leur nature, mais je ne le ressens plus, non plus ». Lors de cette phase de travail, l'accent est porté d'abord sur les résistances et l'anxiété ainsi que ses composantes.
2) Travail sur toute la vie sur les ressentis liés à ces même résistances, par exemple, « toute ma vie j'ai été rancunière », jusqu'à ce qu'à la fin la personne déclare ne plus ressentir que ce soit ancré, que cela fasse partie d'elle ou que cela soit dans sa nature.
3) Travail du vécu et du vécu lié au(x) symptôme(s) ou à l'addiction jusqu'à ce que la personne déclare ne plus ressentir que ce soit ancré, que cela fasse partie d'elle ou que cela soit dans sa nature.
4) Travail des étapes 2°) et 3°) jusqu'à ce que la personne puisse dire, « j'ai confiance en moi complètement, et je me sens complètement bien » (≥ 7-8/10).

En cas de rechute ou de résistance, j'approfondis l'anamnèse et ce qu'ils peuvent encore ressentir vis-à-vis de leurs parents.

8.6.1 Rechutes

Au fil des mois, depuis la mise en place de cette pratique, il est arrivé que des personnes rechutent.

Certaines revenaient après avoir constaté une forte amélioration puis une dégradation au bout de quelque mois mais sans revenir complètement à l'état antérieur. Les traits de caractères toxiques s'étaient partiellement reconstitués ou des symptômes étaient partiellement restés.

Cependant, le vécu restait accepté, digéré. D'autres revenaient rapidement dans le même état qu'auparavant et ce qui avait été travaillé s'était reconstitué. Autrement dit, des ressentis tombés à 3/10, très proches de l'indifférence, pouvaient revenir à leur état antérieur très élevé.

L'analyse de ces faits et de ce que ressentent les personnes a fait apparaître de nouveaux éléments.

8.6.2 Nouveaux éléments

L'amélioration de ma pratique s'est poursuivie et désormais, j'ai inclus d'autres éléments :

- Prisonnier du passé.
- Prisonnier de soi-même.
- Prisonnier de son problème.
- Prisonnier d'une personne, des parents, des enfants…
  - Je n'ai jamais réussi à me libérer.
  - J'ai toujours été comme cela.
  - Peur d'être libre et/ou abandonné par le parent dont on se sent prisonnier avec lequel il y a un manque affectif.
- Parents = Modèle à suivre (ou anti-modèle) (cela peut être transmis de génération en génération) ;
- On doit suivre l'éducation que les parents ont donnée, même s'ils se sont trompés.
- Les Parents ont forcément raison, ou sont sur un piédestal.
- Structure fine au niveau des ressentis structurants sur toute sa vie.

Après intégration de ces nouveaux éléments dès le départ, le nombre de personnes revues chute encore. Celles que je revois à l'heure actuelle correspondent à une pratique clinique antérieure ou ayant vécu de nouvelles difficultés importantes ou ayant du mal à se libérer d'au moins un de leurs parents.

8.7 Limites et inconvénients

Si cette approche permet d'avancer rapidement avec la plupart des personnes, cependant, elle présente certaines limites importantes et heureusement peu fréquentes au niveau de ma patientèle.

Tout d'abord, elle suppose que la personne puisse répondre aux questions posées, qu'elle se tienne au cadre dans lequel s'inscrit l'anamnèse. C'est là qu'une première limite apparaît immédiatement puisqu'il arrive de recevoir :

- Des personnes qui sont dans l'auto-sabotage et ne répondent pas directement aux questions. Elles vont élaborer, « tourner autour pot », digresser, faire des remarques spirituelles, argumenter…
- Des personnes qui répondent « je ne sais pas » à pratiquement toutes les questions, qui ont un discours simple, des difficultés cognitives importantes, un

niveau d'éducation peu élevé, ou qui sont sous une influence médicamenteuse trop forte.

- Des personnes qui confondent savoir et ressentir et qui peuvent même ressentir une réelle difficulté émotionnelle à différencier les deux.
- Des personnes qui vont tellement mal qu'elles ne peuvent se concentrer sur ce que je leur demande et restent focalisées sur leur symptôme présent ou sur une sensation physique très perturbante.
- Des personnes dont le symptôme permet un bénéfice secondaire important.
- Des personnes qui sont simultanément dans le contrôle, l'analyse, avec beaucoup de connaissances en psychologie et méthodes thérapeutiques. Avec elles, la progression peut être bien plus lente.

Ensuite, cette méthode suppose que la personne puisse ressentir les éléments de son passé et travailler dessus plus tard. Une autre limite importante apparaît alors car de temps à autre, il m'arrive de recevoir des personnes incapables de ressentir quoique ce soit de leur passé au niveau émotionnel. Avec ces personnes, très peu de progrès sont accomplis et je suspecte un problème d'origine biologique et/ou un blocage (fréquence estimée : environ 1% des personnes de ma patientèle).

Ma pratique présente aussi quelques inconvénients :

1. Souvent, les personnes vont mieux mais ne comprennent pas pourquoi elles vont mieux ! Malgré une certaine pédagogie, pour certains, cela apparaît presque comme de la « magie ». C'est dommage parce que cela veut dire qu'ils n'ont pas compris pourquoi ils allaient mal et ce qu'il faut faire pour aller mieux… Ils n'ont pas construit en eux, même s'ils auront acquis plus de résilience.
2. Certaines personnes « essayent l'hypnose » avec une première séance et s'attendent à des résultats dès la première séance. Malheureusement, cela ne fonctionne pas forcément comme cela et ils abandonnent alors.
3. D'autres encore oublient qu'ils ont eu un problème tant cela leur paraît loin en ressenti et donc dans le temps pour eux. L'inconvénient est qu'ils oublient le thérapeute et l'efficacité de la thérapie en même temps.

9 Conclusions

Nous ne pouvons conclure si les hypothèses de résistance sont vraies, mais par contre nous pouvons être certains que si résistances il y a, alors elles peuvent être réduites en thérapie lors du travail sur l'empreinte du caractère des parents, construite lors de l'enfance.

Cliniquement parlant, ce sont clairement des hypothèses vraisemblables.

- Attachement au passé
- Impression que le passé fait partie de soi
- Impression que le problème fait partie de soi
- Difficulté à lâcher prise
- Besoin de contrôle
- Emprise
- Rancune
- Injustice

D'autre part, les ressentis « cela fait partie de moi » ou « c'est ancré » ou « c'est ma nature » signalent la présence d'un lien avec le moi, avec l'identité de la personne et donc un trait de personnalité. C'est là par contre un lien qui maintient les problèmes en place quand il est fortement ressenti.

Ce changement de pratique, qui se fonde sur un tri approfondi effectué sur l'empreinte du caractère des parents et du vécu infantile, apporte une réelle amélioration au niveau de ma pratique clinique tant à moi qu'à ma patientèle, en quête souvent d'une solution miracle.

Il me permet de mieux éclairer la logique de construction floue qui aboutit à l'élaboration des problèmes et symptômes rencontrés par ma clientèle. Cette méthodologie m'est un guide précieux mais compte tenu de son efficacité, elle a pu me conduire à ressentir un manque de variété, voire de l'ennui par manque de challenges et m'a conduit à ressentir être « prisonnier » en raison de son efficacité et mes valeurs à un moment donné.

Après réflexion, compte tenu que c'est un véritable choix de ma part au niveau de mes valeurs et que je pourrais choisir autrement si j'en avais réellement envie, il m'est clairement apparu que tout cela n'était que la conséquence logique de mes choix : ce que j'ai accepté et qui ne me pose donc plus de problème.

Toutes ces réflexions pourraient amener des développements :

- une autre étude clinique plus complète, avec plus de suivi, destinée à la valider dans le temps ou à tester si ces hypothèses, au sujet des résistances, ont une validité.
- une recherche sur ce pourrait être l'équivalent au niveau d'une société d'une personne dépressive.
- une réflexion et une étude pour explorer le mécanisme intriqué, psychique et physiologique, de l'EMDR en lien avec l'idée que c'est un phénomène de nature entropique.

10 Annexe 1 : Echantillon n°1

N°	Catégorie du Pb	Confiance (/10)	Bien-être (/10)	Nb de séances	Etat final	Sexe	Age
1	3	2	4	9	M	M	44
2	3	6	5	9	M	M	41
3	5	9	7	2	T	F	40
4	2	0	2	4	T	F	57
5	2	4,5	4,5	3	T	F	24
6	3	6	6	2	T?	M	20
7	2	6,5	6,5	4	T	F	28
8	1	5	6	2	?	F	24
9	1	7	7,5	2	?	F	40
10	3	5	4	2	T?	F	29
11	3	0	ND <2	3	IN	F	46
12	5	5,5	6	3	T?	F	27
13	5	5	4	3	IN	F	35
14	4	0	2	3	T	M	51
15	2	3	6	2	T	F	29
16	2	5	7	5	A	F	26
17	5	5,5	7,5	2	T	M	38
18	2	7	6	2	T?	F	48
19	5	5	4	4	T?	M	42
20	5	4	3	4	IN	M	41
21	5	5	6	2	T	F	54
22	2	8	6	2	IN	F	40
23	3	0	1	6	T	F	27
24	4	5	8	1	IN	F	57
25	5	ND	ND	1	T	M	8
26	3	7,5	2,5	1	T?	M	26
27	4	3,5	2,5	2	T?	M	61
28	3	5	5,5	3	T	F	20
29	2	4,5	4,5	3	T	F	42
30	3	1	4	3	T	F	21
31	3	3,5	1	1	IN	M	27
32	3	ND	ND	3	T?	F	27
33	1	6,5	6,5	2	IN	F	30
34	3	2	7	3	T	F	39
35	5	6	7	1	T?	F	23
36	2	3,5	5	2	T	F	38
37	3	3	3,5	3	T	M	37
38	1	6	5	4	M (7;8)	F	34
39	5	4	8	2	A	F	43
40	5	4	6	2	T	F	40

41	5	10	5	2	T	M	51
42	2	4	6	2	T	F	20
43	1	3	3,5	4	T	F	55
44	5	2	2	2	IN	F	38
45	5	0	4	1	T	F	27
46	3	2	4	7	T	F	33
47	5	6	5	2	T	M	47
48	1	6	4	2	T	F	47
49	3	8	5	5	T	M	41
50	3	8	5	2	T	F	40
51	4	1	5,5	2	T	F	16
52	5	2	2	2	T	F	39
53	1	6	6	1	T?	F	56
54	5	3,5	2	1	IN	M	38
55	5	5	6	2	T	M	52
56	5	4	4,5	2	T	F	47
57	3	3,5	3,5	3	T	F	24
58	3	4	5	2	T	F	51
59	2	ND	ND	4	T	F	46
60	2	5	6	2	T	F	21
61	3	2	2	3	T	F	28
62	5	4	4	6	T	F	40
63	5	2,5	4,5	1	T?	F	37
64	1	2	2	1	T	M	50
65	3	3	5	7	T	F	20
66	3	3	2,5	6	T?	F	46
67	3	5	2	4	T	F	40
68	3	2	2	6	T	F	61
69	1	8	6	1	?	M	40
70	2	4	4	4	R	F	28
71	3	5	2	6	R	F	25
72	3	3	1	10	A	F	57
73	2	5,5	2	3	T?	F	59
74	2	5	3	2	?	F	19
75	2	5	7	6	T, R	F	30
76	2	0	2	1	T	F	52
77	1	7	6	1	?	M	43
78	2	5	4	3	?	F	22
79	5	3,5	5,5	2	T	F	58
80	3	4,5	4	4	T	F	41
81	3	5	4	1	?	M	32
82	5	5	2	1	T?	F	54
83	2	4	5	4	T	F	45
84	5	3	4	1	?	M	40
85	5	3,5	4	2	T	F	34

86	4	4	2	2	T	F	29
87	1	8	5	2	?	F	59
88	2	7	3	3	T	F	34
89	5	2	1	1	IN	F	37
90	3	4	2,5	3	T?	F	18
91	5	8	5,5	3	?	M	43
92	1	7	6,5	1	?	M	29
93	5	5	6	1	IN	M	50
94	3	3,5	1	2	T	M	65
95	3	ND	ND	2	T	F	72
96	5	5	5	2	IN	M	33
97	5	6,5	5	2	IN	M	37
98	5	9	5	2	T	M	49
99	4	4,5	3,5	2	IN	F	19
100	2	5	3	4	IN	F	47

Tableau 9 : Données de l'échantillon 1.

ND : non déterminé ;

Colonne Etat final :

IN ou ? : état final inconnu

T : Terminé, la personne déclare se sentir bien et avoir confiance en elle en fin de séance.

R : Rechute

M : Mieux être ressenti mais la personne ne va pas complètement bien et/ou les symptômes sont encore plus ou moins partiellement ressentis.

A : abandonné en cours de route

11 Annexe 2 : Echantillon n°2

N°	Catégorie	Confiance	Bien-Etre	Nb séance	Etat Final	Sexe	Age
1	5	8	6	1	T	M	23
2	5	5	5	2	T	F	23
3	5	7	6,5	1	T	M	43
4	4	1	4,5	2	T (8-9/10 et 9/10)	F	26
5	2	6	6	3	T et ok fin 2010	F	36
6	5	7	6,5	2	In	M	48
7	3	3,5	5,5	2	Abandon	M	19
8	3	0	4	2	T	F	45
9	5	5	4	1	T	F	36
10	1	9	9	1		F	43
11	5	4	6,5	1		M	27
12	1	4	6	2	T	F	17
13	3	4	3	1		F	54
14	2	8	5	2	T	M	40
15	3	2	0	1		F	45
16	2	ND	5	2		F	49

17	3	4	3	2	T	F	23
18	4	8	8	1		M	40
19	3	5	4	1		F	24
20	2	5	4	1		F	39
21	3	5	6,5	2	T	M	55
22	3	5	4	4	T	F	18
23	3	7	6	1		M	37
24	5	5	7	1	T	F	15
25	1	8	7	2	T	M	40
26	3	3,5	5	1		F	26
27	3	4,5	3	2	T	F	52
28	5	5	5	1	T	F	54
29	2	2,5	4,5	3		F	60
30	2	5	5	1		F	31
31	5	5	6	2	Abandon	F	20
32	4	7,5	6	1		F	35
33	2	4	4	1		F	60
34	4	6	5	2		M	22
35	2	1	1	3		F	36
36	3	4	5	2		M	48
37	3	1	1	1		F	50
38	1	6	4	1	IN	M	27
39	5	6,5	4,5	1	abandon	M	44
40	2	3	5	1		F	52
41	3	5	5	1		F	51
42	2	6	6	1	T	F	25
43	5	6	5	1		F	37
44	4	4,5	5	2	Mieux	F	21
45	3	3	4	3		F	23
46	5	8	8	2		M	38
47	5	9	10	2		M	9
48	2	7	7	1		M	18
49	2	6	5	1		F	25
50	2	5	4	1		F	23
51	4	7	7	2		F	55
52	5	5	6,5	1		F	33
53	1	6	7	2		F	34
54	5	4	4	2		F	41
55	5	3	4	2		F	27
56	2	9	7	1		F	48
57	5	7	7	1		M	61
58	4	8	1	2		F	24
59	4	5	5	2		F	58
60	2	5,5	5,5	1	T (8-9/10 et 9/10)	F	38
61	5	8	6	2		M	22
62	1	7	5	1		F	47
63	2	4	5	2		F	35
64	1	4	7	1		F	39
65	1	4	6	2		F	50
66	3	5	5	1		F	34
67	5	7	10	1		M	9
68	1	5	8	1		F	48
69	5	7	4	1		F	41
70	3	3	3	1		M	23

71	3	0,5	4	1		M	23
72	2	4	6	1		F	23
73	5	7,5	7,5	1		F	28
74	5	ND	2	1		M	34
75	2	4,5	5	2	IN	F	45
76	1	4	6	3	T	M	18
77	4	4	1	3	T	M	33
78	3	2	2	1		F	44
79	5	4	2	1		F	23
80	5	5	3	4	EC	F	40
81	5	7	4,5	2	T	M	36
82	5	1	1	2		M	26
83	2	5	5	1	?	F	19
84	5	0	2	2	IN	M	49
85	2	4	3	1	T	F	50
86	1	5	8	2	T	F	45
87	3	3	0	2	T	F	39
88	5	7	7	3	T	F	46
89	5	3,5	2	2	T	F	35
90	2	5	5	2	T	F	49
91	5	4	1	1	IN	F	28
92	3	2	4	4	T	F	45
93	3	10	7	2	T	F	32
94	2	4	0	2	EC	F	33
95	1	6	3	2	T	F	51
96	3	5	5	2	T	M	40
97	5	ND	2	2	T	M	50
98	3	7	8	3	T	F	51
99	1	6	7,5	1		F	53
100	3	7	3	5	T	F	48

Tableau 10 : Données de l'échantillon N°2

ND : non déterminé ;

Colonne Etat final :

IN ou ? : Etat final inconnu

T : Terminé, la personne déclare se sentir bien et avoir confiance en elle en fin de séance.

R : Rechute

M : Mieux être ressenti mais la personne ne va pas complètement bien et/ou les symptômes sont encore plus ou moins partiellement ressentis.

A : abandonné en cours de route

12 Bibliographie

Andrews, P. W., Kornstein, S. G., Halberstadt, L. J., Gardner, C. O., & Neale, M. C. (2011). Blue Again: Perturbational Effects of Antidepressants Suggest Monoaminergic Homeostasis in Major Depression. *Frontiers in Psychology*, *2*. doi:10.3389/fpsyg.2011.00159

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, *5*(4), 323-370. doi:10.1037//1089-2680.5.4.323

Beaufils, B. (1996). *Psychologie. Tome 1, Statistiques descriptives*. [Paris]: Bréal.

Beaufils, B. (1998). *Psychologie. Tome 2, Statistiques inférentielles*. Paris: Bréal.

Bernstein, W. M. (2011). *A basic theory of neuropsychoanalysis*. London: Karnac.

Continuité - Wikipédia. (s. d.). Consulté de http://fr.wikipedia.org/wiki/Continuit%C3%A9

Doutrelugne, Y., & Cottencin, O. (2008). *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.

Echiverri, A. M., Jaeger, J. J., Chen, J. A., Moore, S. A., & Zoellner, L. A. (2011). « Dwelling in the Past »: The Role of Rumination in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(3), 338-349. doi:10.1016/j.cbpra.2010.05.008

Greenwald, R. (1996). The information gap in the EMDR controversy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *27*(1), 67-72. doi:10.1037/0735-7028.27.1.67

Hammond, D. C., & American Society of Clinical Hypnosis. (2004). *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles: Satas.

Intégration (mathématiques) - Wikipédia. (s. d.). Consulté avril 27, 2012, de http://fr.wikipedia.org/wiki/Int%C3%A9gration_(math%C3%A9matiques)

Lilienfeld, S. O. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, *49*(4), 281-288. doi:10.1016/j.paid.2010.01.024

Lockert, O. (2001). *Hypnose : évolution humaine, qualité de vie, santé*. Paris: IFHE Editions.

Masson, D. J. (2005). L'outil EMDR en alcoologie : réflexions théoriques et cliniques. *Psychothérapies*, *25*(2), 117. doi:10.3917/psys.052.0117

Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied & Preventive Psychology: Journal of the American Association of Applied and Preventive Psychology*, *12*(4), 159-168. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.002

Notes from Two Scientific Psychologists: Theory, and Why It's Time Psychology Got One. (s. d.). Consulté de http://psychsciencenotes.blogspot.fr/2011/11/theory-and-why-its-time-psychology-got.html#more

Patients who use anti-depressants are more likely to suffer relapse, researcher finds. (s. d.). Consulté de http://www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110719121354.htm

PEP Web - Normal and Pathological Nostalgia. (s. d.). Consulté de http://www.pep-web.org/document.php?id=apa.025.0387a

Porret, D. J.-M. (2005). Échecs de la cure analytique et résistances à la guérison. *Psychothérapies*, *25*(1), 29-37. doi:10.3917/psys.051.0029

Rasoir d'Ockham - Wikipédia. (s. d.). Consulté mai 15, 2012, de http://fr.wikipedia.org/wiki/Rasoir_d%27Ockham

Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: Past and future research. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(1), 1-22. doi:10.1002/jclp.1126

Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures*. Paris: Dunod-InterEditions.

STATISTIQUES POUR STATOPHOBES.pdf (Objet application/pdf). (s. d.). Consulté de http://perso.univ-rennes1.fr/denis.poinsot/Statistiques%20pour%20statophobes/STATISTIQUES%20POUR%20STATOPHOBES.pdf

Tartakovsky, M. (s. d.). Using EMDR Therapy to Heal Your Past: Interview with Creator Francine Shapiro | Psych Central. Consulté mai 12, 2012, de http://psychcentral.com/lib/2012/using-emdr-therapy-to-heal-your-past-interview-with-creator-francine-shapiro/

Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: the mobilization-minimization hypothesis. *Psychological bulletin*, *110*(1), 67-85.

tests non paramétriques sous Excel. (s. d.). Consulté de http://herve.delboy.perso.sfr.fr/Nonparam.htm

Trbović, M. (1989). [Resistance in the psychotherapy of depression]. *Acta Medica Iugoslavica*, *43*(5), 397-403.

Ulrich-Lai, Y. M., Christiansen, A. M., Ostrander, M. M., Jones, A. A., Jones, K. R., Choi, D. C., Krause, E. G., et al. (2010). Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *107*(47), 20529-20534. doi:10.1073/pnas.1007740107

Waltermann, C., & Klipp, E. (2011). Information theory based approaches to cellular signaling. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - General Subjects*, *1810*(10), 924-932. doi:10.1016/j.bbagen.2011.07.009

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1981). *Changements□: paradoxes et psychothérapie*. [Paris]: Seuil.

13 Table des Illustrations

Figure 1 : Répartition selon l'âge, échantillon n°1. 27
Figure 2 : Répartition selon l'âge et le sexe, échantillon n°1. 27
Figure 3 : Motifs de consultation. 28
Figure 4 : Variation de l'indice combiné, après la première séance, groupe de 33 personnes. 29
Figure 5 : Répartition de l'effectif de la variation de l'indice combiné, échantillon n°1. 31
Figure 6 : Répartition de la population suivant le nombre de séances effectuées. 32
Figure 7 : Répartition des personnes venant pour dépression et/ou angoisse chronique, selon le nombre de séances effectuées. 32
Figure 8 : Répartition de l'effectif hors catégorie "dépression-angoisse" 33
Figure 9 : Répartition du nombre de séances effectuées en fonction de l'âge, toutes catégories confondues. 34
Figure 10 : Répartition du nombre de séances effectuées pour les catégories "Tabac" et TCA. 34
Figure 11 : Répartition du nombre de personnes en fonction du nombre de séances effectuées pour les catégories "phobies" et "divers". 35
Figure 12 : Répartition du nombre de personnes en fonction du nombre de séances pour la catégorie "dépression et angoisses chroniques". 36
Figure 13 : Recherche de corrélation entre le nombre de séance et la catégorie de problème. 36
Figure 14 : Bien-être moyen initial en fonction de la catégorie du problème. 37
Figure 15 : Recherche de corrélation Niveau de bien-être initial et nombre de séances effectuées. 37
Figure 16 : Recherche de corrélation entre le nombre de séances et la confiance en soi initiale. 38
Figure 17 : Analogie entre une réaction chimique et un processus psychique évolutif. 42
Figure 18 : Répartition de l'effectif suivant l'âge. 53
Figure 19 : Répartition de l'effectif suivant l'âge pour les Hommes et les Femmes. 53
Figure 20 : Répartition des problématiques 54
Figure 21 : Répartition des personnes selon le nombre de séances effectuées, tous problèmes confondus. 54
Figure 22 : Répartition des personnes venant pour dépression ou angoisse chronique, selon le nombre de séances effectuées. 55